

Feasibility Study for the Introduction of Manual Vacuum Aspiration (MVA)

**PRINCIPAL
INVESTIGATORS:**

Alison Friedman, MPH – Ipas/North Carolina
Lic. Claudia De la Quintana – Ipas/Bolivia

Dr. Federico León, Lima
Dr. James Foreit, Washington

31 August 1998

ACKNOWLEDGMENTS

The authors wish to express their sincere appreciation for the sustained support this project has enjoyed throughout its development and realization. In particular we wish to thank Alma Virginia Camacho, Carmen Cornejo, Judith Timyan, Ileana Baca, Eliana Del Pozo, Danny Castellón, Gabriel Tórrrez, Julio Córdova, Gloria Velásquez, Alfredo Balboa, Marian Abernathy, Janie Benson, Rosalinda Lidh, Federico León, and Jim Foreit. We are very grateful for their collaboration.

ABSTRACT

Based on a request from the Secretaría Nacional de Salud (SNS) [now the Ministerio de Salud y Previsión Social – MSPS] of Bolivia, the collaborating agencies conducted an opinion survey of 64 clinical health care professionals and policy-makers. This survey assessed the acceptability of introducing manual vacuum aspiration (MVA) for the treatment of incomplete abortion in Bolivian public sector health facilities and the feasibility of conducting a pilot study of postabortion care (PAC) with MVA in the near future.

A semi-structured interview was conducted on a convenience sample of health care officials, administrators, and clinicians in four major cities located in diverse geographic and ethnic regions of the country. The survey was intended to assess the interviewees' knowledge of PAC services; their familiarity with new reproductive health technologies; their perceptions of barriers to provision of PAC services, and the likelihood that he or she would participate in a pilot study of PAC with MVA at some future date.

In general, the healthcare professionals were favorably disposed towards introducing MVA into public sector hospitals, and supported a proposal to carry out a pilot MVA project, preferably within six months. Their positive response also indicates a high level of political support for introducing MVA, a critical element in incorporating PAC into the national public health system. The next stage in introducing MVA as part of PAC services should take the form of a pilot study of PAC in select hospitals with accompanying training in MVA use for public health providers.

INTRODUCTION

Abortion in Latin America and Bolivia

As recent studies have indicated, maternal mortality and morbidity (MMM) rates in Latin America due to complications of abortion are among the highest in the world. In most of the region, access to safe, induced abortion remains highly restricted by law. Most complications result either from procedures carried out by insufficiently-trained providers under inadequate conditions, or from self-induced mechanisms, including herbal abortifacients, physical abuse, and trauma. The consequences of these procedures come to the attention of the public health care sector only when women seek care for such complications as shock, hemorrhage, or infection.

In a region with pronounced levels of MMM associated with complications of abortion, Bolivia represents an extreme case. At 390 maternal deaths per 100,000 live births, Bolivia has one of the highest rates of maternal mortality¹, coupled with one of the region's lowest levels of modern contraception use (17.7%).² Women's weak access to health services in general is evidenced in part by the contrast between low modern contraceptive use and high general contraceptive knowledge (82%).³ A 1988 study estimated that 27% of maternal mortality in Bolivia is attributable to complications of abortion;⁴ a more recent study placed the figure at 35-50%.⁵

Official government policy and discourse on the issue of abortion have changed significantly since 1989, when reproductive health was officially recognized for the first time as distinct from maternal health; 1989 also produced the first public debate on abortion, in the form of a seminar sponsored by the (then) Ministry of Social Security and Public Health. In 1994, complications resulting from abortion was prioritized as a public health problem for the first time and presented in Bolivia's newly-established national population policy, developed in preparation for the International Conference on Population and Development.⁶ In this policy statement, reducing the consequences of abortion and humanizing treatment for incomplete abortion are established as goals to decrease mortality and morbidity associated with abortion complications.

Postabortion Care (PAC) in Bolivia

Very little current data on the extent and quality of PAC services⁷ in Bolivia's public sector are available, and most of what exists is qualitative rather than quantitative in nature.⁸ Hospital-level expenditures to treat the complications of unsafe abortion are estimated at 30-40% of total hospital

¹ Unidad de Políticas Sociales (UDAPSO). *Mapa de Pobreza*. La Paz, Bolivia: 1995.

² Instituto Nacional de Estadística. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1994*. La Paz, Bolivia: 1994.

³ Ibid.

⁴ Centro de Orientación Familiar, La Paz, Bolivia, in Bailey, Patricia E. et al. "A Hospital Study of Illegal Abortion in Bolivia." *PAHO Bulletin* 22, 1: 27-41. 1988.

⁵ Rance, Susanna. "Actitudes y Prácticas que Inciden en el Embarazo No Deseado y el Aborto Inseguro en Bolivia." Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe. Universidad Externado de Colombia. Santafé de Bogotá, 15-18 noviembre, 1994.

⁶ Ministerio de Desarrollo Humano. *Declaración de Principios sobre Población y Desarrollo Sostenible*. La Paz, Bolivia: 1994.

⁷ Postabortion care (PAC) is an approach to reducing mortality and morbidity from complications of abortion encompassing 1) emergency treatment services for incomplete abortion and other complications; 2) effective postabortion family planning counseling and services; and 3) links from emergency abortion treatment services to comprehensive reproductive health care services. See Greenslade, Forrest C. et al. *Advances in Abortion Care* 4,1: 1-4. 1993.

⁸ Rance, Susanna. "Necesidades de Información Sobre el Aborto: Reflexiones a Partir de un Estudio Hospitalario. La Paz: IPAS, 1993. Also see Schuler, Sidney R. et al. "Misinformation, Mistrust, and Mistreatment: Family Planning Among Bolivian Market Women." *Studies in Family Planning* 25,4: 211-221. 1994.

obstetric/gynecologic costs.⁹ Bed occupancy resulting from complications of incomplete abortion is over 50% in most gynecologic wards¹⁰ -- this is spite of the penalties imposed in many hospitals upon women presenting with incomplete abortion as well as the threat of criminal prosecution.¹¹ This consumption of resources takes place in the context of a country where only 3% of GNP is spent on all public health programs.¹²

Most facilities already equipped for routine maternity services can accommodate the addition of PAC services with minimal changes to existing infrastructure, since both maternity *and* PAC services are equally dependent upon, a) provider training; b) diagnosis and treatment of obstetric emergencies; c) appropriate instruments and technology; and d) a triage mechanism for women entering the system. The major investment in providing PAC services is the provider training of 5-10 days in duration necessary to bring about a different perspective on treatment and follow-up supervision of postabortion care. Sharp curettage (SC) is currently the standard technique used for treatment of incomplete abortion in public sector facilities, in spite of the existence of MVA, an effective technique shown to be safer than SC for treatment of incomplete abortion, through twelve weeks of uterine size.¹³

In September, 1996, the Secretaría Nacional de Salud (SNS) initiated a national program in postabortion care, supported by technical assistance from Ipas and financial support from the British Department for International Development (DFID). More recently, the Secretaría stated its interest in conducting an opinion study that would assess current levels of acceptability among public sector health care providers and policymakers concerning the introduction of MVA for the treatment of incomplete abortion. Such an assessment will provide the basis for development of a pilot study on introducing MVA, and would further develop nation-wide consensus on the benefits of using MVA instead of SC. Support for improving the quality of PAC services was also expressed at USAID/Bolivia, leading finally to a formal proposal in June of 1997 under INOPAL III.

Goal

The goal of this study was to assess the feasibility of introducing MVA into the country's public health facilities, with the understanding that this would contribute to higher-quality and lower-cost treatment of complications resulting from incomplete abortion.

Objectives

The objectives of this study were to:

1. collect national-level data on policymakers' and health providers' opinions concerning the introduction of MVA as a treatment alternative in public sector PAC programs;
2. produce a composite view of policymakers' and health providers' views on MVA that can be used by the government in formulating policy on treatment of incomplete abortion; and
3. provide sufficient background on provider opinions regarding MVA to assess whether conditions are appropriate for development of a pilot intervention.

⁹ Bailey, Patricia E. et al. "A Hospital Study of Illegal Abortion in Bolivia." *PAHO Bulletin* 22,1: 27-41. 1988.

¹⁰ Rance, Susanna. "Aborto en Bolivia, una realidad vigente." *Noticias Aliadas*. March 31, 1994.

¹¹ Ibid. "Necesidad de Información Sobre Aborto." *J&G Revista de Epidemiología Comunitaria*. Año IV, No. 2, Abril - Junio. La Paz, Bolivia: 1993.

¹² World Bank. *World Development Report*. Oxford: Oxford Academic, 1994.

¹³ Baird, Traci L. et al. *MVA in the Treatment of Incomplete Abortion: Clinical and Programmatic Experience*. Carrboro, NC: IPAS, 1995.

METHODS

The *Feasibility Study* is an opinion survey of selected professionals, from both policy and clinical environments, working in the public health sector. The 64 health-care providers, administrators, and public health authorities were chosen from national, regional and local levels. There was an initial attempt to collect interviews in five cities -- La Paz, Santa Cruz, Cochabamba, Sucre, and Riberalta -- however, it was necessary to drop Riberalta from the sample after repeated attempts to reach the city during the rainy season proved unsuccessful. Table 1 shows a representation of study sites by city and type of informant. Table 2 shows a comparison of planned and actual distribution sites.

Interview sites included hospitals, medical schools, and administrative offices in the previously-mentioned departmental cities. The study employed an in-depth, semi-structured instrument composed of 30 questions, which was intended to assess:

- provider experience in using new reproductive health technologies;
- attitudes and perceptions concerning abortion as a cause of maternal mortality;
- assessment of the quality of current PAC services;
- perceptions of barriers to provision of PAC services;
- information sources for MVA;
- predisposition to participate in a pilot intervention using MVA in public sector facilities; and
- interest in receiving additional information about MVA.

Verbal informed consent was obtained before proceeding with the survey. No respondent declined to be interviewed. As part of the interview, a definition of MVA and a description of Ipas were read aloud. For samples of these and the interview instrument, see Annex A.

**Table 1:
Distribution of Interviews By City, Health System, and Type of Respondent**

Type of Informant		LPZ	CBBA	SCRZ	SCRE	Total
Public Health System	National Authority	2	--	--	--	2
	Regional Authority	1	1	1	1	4
	Hospital Director	1	1	1	1	4
	Ob-Gyn Physician	3	3	3	2	11
	Nurse	3	2	3	3	11
National Social Security System	National Authority	2	--	--	--	2
	Regional Authority	1	1	1	1	4
	Hospital Director	1	1	1	1	4
	Ob-Gyn Physician	2	3	3	3	11
	Nurse	3	3	2	3	11
Total		19	15	15	15	64

Source: *Actitudes y Opiniones Frente al Método AMEU*. Diagnosis: La Paz, 1998

Legend

LPZ = La Paz (altiplano)

CBBA = Cochabamba (high valley)

SCRZ = Santa Cruz (savanna)

SCRE = Sucre (high valley)

RIB = Riberalta (savanna)

Table 2: Planned and Actual Distribution of Interviews

Interviews	La Paz	Cochabamba	Santa Cruz	Sucre	Riberalta	Total
Planned	16	12	12	12	12	64
Implemented	19	15	15	15	--	64

Source: *Actitudes y Opiniones Frente al Método AMEU*. Diagnosis: La Paz, 1998

In accordance with the Ministry of Health's desire for a focused, low-profile initial study, a small sample size ($n < 100$) was deemed most appropriate. Given the small numbers of trained obstetrician/gynecologists in Bolivia (possibly as few as 100), the country's limited physical infrastructure, and the dispersed nature of its population, a larger sample size would have required a substantial increase in time and resources without yielding a proportionate increase in sample size. The composition of the study sample (health facility administrators and providers) (see Table 3) reflects the interdependent base upon which health policy is formulated. In order to be effective and sustainable, policy must be informed equally by the clinical needs of the providers, the infrastructure and cost considerations of the administrators, and the political exigencies of the policymakers.

Table 3: Distribution of Respondents by Category

Type of Respondent	Number of Interviews	Percentage
National Authorities	4	6%
Regional Authorities	10	16%
Health Facility Directors	13	20%
Physicians	17	27%
Nurses	20	31%
Total	64	100%

Source: *Actitudes y Opiniones Frente al Método AMEU*. Diagnosis: La Paz, 1998

The choice to utilize an independent survey organization represented another important element in the attempt to fortify the study's potential acceptability in the wider political arena. Diagnosis/Marketing (D/M), a Bolivian professional social research agency, employs a dual qualitative/quantitative focus to its research, and is experienced in conducting community-level assessments of public health services.¹⁴ Its multi-disciplinary approach is particularly applicable to the *Feasibility Study*.

Data were recorded initially on paper questionnaires, then transcribed into electronic files. Analysis was conducted using ISIS, for qualitative data, and SPSS, for the numeric data. For a copy of the codebook, please see Annex B.

Data collection, compilation, and analysis were carried out by D/M, which deployed two trained interviewers to the four cities where the questionnaires were administered. D/M's interviewing staff is drawn exclusively from the social sciences (e.g., sociology, psychology, and anthropology). Training of the interviewers took place in La Paz over three days in October, 1997, and was undertaken by D/M in collaboration with Ipas staff. Pre-testing of the survey instrument consisted of seven interviews (five physicians and two nurses from the state health system) and was conducted in La Paz and its sister city, El Alto. Adjustments were made to the survey instrument over the next few weeks, with data collection initiated in December.¹⁵ Technical oversight of the study was managed by Claudia De la Quintana, the in-country co-principal investigator (PI), in conjunction with D/M, which produced the final technical report and an oral presentation of the survey results at a national dissemination conference in La Paz in July, 1998.

¹⁴ *Barreras y Viabilizadores en la Atención de Complicaciones Obstétricas y Neonatales*. La Paz: MotherCare/Marketing, 1996.

¹⁵ Because of the political sensitivities involved in a survey on this subject, it was decided to draft a formal letter of understanding between Ipas and Ministry of Health, along with letters of introduction for the data collectors. Although both the previous and the current administration supported such a document, changes of authority within the Ministry contributed to considerable delays in finalizing them, resulting in a later-than-anticipated start to data collection.

RESULTS

Survey Findings

A full presentation of the survey results is found in D/M's final report, located in Annex C; what follows is a summary of the survey findings.

The survey findings identified strong consensus in several important areas:

- 89% agreed or strongly agreed with the introduction of MVA to the public sector health system, primarily to a) provide relief to medical services in treating incomplete abortion; b) ensure a high-quality treatment for incomplete abortion; and c) to save resources and money;
- 89% agreed or strongly agreed that a pilot test should be conducted for the introduction of MVA; of these, 96% believe it should be introduced within the next six months;
- 85% believe that incomplete abortion is a frequent or very frequent cause of maternal mortality in his or her city;
- 94% believe that introducing new reproductive health technologies is beneficial to reproductive health services, particularly in improving the quality of services, decreasing the number of undesired pregnancies and abortions, and reducing maternal mortality;
- 90% believe there are difficulties in presenting new reproductive health technologies: 63% due to barriers within the population, 20% because of professional obstacles (lack of resources), and 17% relating to the providers themselves (lack of training; poor provider-client interaction);
- 73% believe that public hospitals provide the best setting for introducing new reproductive health technologies; and
- 76% of those interviewed had already heard of MVA, particularly medical doctors residing in La Paz aged less than 50 years.

Knowledge and Attitudes Surrounding MVA

It is clear that MVA, while not currently used in any state-run health facility and not included in the national medical training curriculum in Bolivia, is far from unknown: 76 percent of the 64 respondents had heard of MVA, and in response to the follow-up question, "What have you heard about MVA?", 58 percent of the responses named either a defining clinical characteristic (aspiration with cannula; used to evacuate the uterus) or else its cost and resource advantage.

While an overwhelming number of the respondents favored the introduction of MVA into the Bolivian public health system for the treatment of incomplete abortion, their motivation for doing so was based on varying interests, including:

- MVA is an effective and high-quality alternative [technology];
- MVA reduces cost and is safer for the patient;
- MVA represents a higher-quality technology than SC; and
- MVA is recommended by the World Health Organization (WHO).

(women don't seek services; women don't have the resources to pay for treatment; mothers do not use pre-natal services; the bias towards home births) In general, the support for MVA fell into one of three categories:

- 1) it reduces the burden on the provider
- 2) it provides a high-quality service to the patient, or
- 3) it reduces costs to the institution.

Of the five respondents who were not in agreement with introducing MVA, one did not consider it a new technology and therefore saw no need to introduce it; another wanted to study the issue further, and three others, all above the age of 50 years, were afraid it would be used to induce abortions.

Maternal Mortality and Abortion

Responses on maternal mortality present a curious anomaly: when asked to list reasons for the country's high maternal mortality rate, only 23 percent of the respondents mentioned abortion; however, when the following question was whether he or she considered abortion a very frequent/frequent/infrequent/very infrequent cause of maternal morbi-mortality, 85 percent identified abortion as a frequent or very frequent cause. Three of the seven reasons offered (abortion; 1st trimester hemorrhage; malnutrition) represent clinical antecedents whereas the other four responses represent instead socio-economic factors (women don't seek services; women don't have the resources to pay for treatment; mothers do not use pre-natal services; the bias towards home births).

New Technologies in Reproductive Health

Respondents clearly believed that the introduction of new technologies is a determining factor in decreasing the number of unwanted pregnancies and in reducing maternal mortality, which further establishes support in this group for using MVA as part of the transition to PAC services.

Respondent Variability

Differences in response due to gender or professional viewpoint emerge in several questions: 90 percent of the interviewees believe providers encounter barriers in introducing new reproductive health technologies; however, most of them (63 percent) believe these barriers originate in the patient population (educational, cultural, and economic factors) -- specifically resistance due to religious beliefs; individual idiosyncrasies; or belief in traditional, rather than Western, medicine. A smaller group (20 percent) attributes these difficulties to provider environment (lack of resources; insufficient time on the part of the provider; lack of support from the national authorities), while another portion (17 percent) considers a lack of provider information (untrained personnel; poor communication with the patient; other reasons) to comprise the major obstacles.

Another area where differences emerge is the question, "How would you rate the quality of emergency abortion services in public health facilities?" Almost half – 46 percent – rated it "good" or "very good," while 38 percent considered it "fair" or "poor." However, fully 86 percent of those answering the next question, "How would you rate the quality of services in your facility?", considered their services to be "good" or "very good." An interesting addendum to these data is that the segment of the population that has the greatest potential for having experienced abortion themselves– single women under the age of 40 – were in fact those who were most likely to decline to respond to the question regarding the quality of emergency abortion services in public facilities.

Of the 73 percent interviewed who believe public hospitals provide the most appropriate setting to introduce new reproductive technologies, differences emerge between male and female respondents. The majority of the males think the public hospital is preferred because patients are available for clinicians to practice; the women respondents, on the other hand, attribute the appropriateness of the hospital setting to the accessibility and low cost it affords its resource-poor clientele.

DISCUSSION

Project Impact

In the original project proposal, it was hoped that the results of the *Feasibility Study* would indicate sufficient openness to the introduction of MVA as would permit the MSPS to proceed with appropriate next steps for introducing PAC with MVA into public sector hospitals. In fact, this study provides an excellent example of the usefulness of PAC operations research in advancing policy surrounding reproductive health programs, specifically, addressing the problem of maternal morbi-mortality through improved emergency abortion services. Because the Ministry of Health was unwilling to assume the political risk of introducing MVA without first gauging opinion leaders' support for such a move, including information on the conditions that should accompany such a shift, a feasibility study was the obvious next step to moving towards adoption of PAC with MVA, accompanied by a request to conduct a baseline assessment of current PAC services¹⁶

The most important of the study findings is the high level of support for introducing MVA into the public health system, representing not only the opportunity to provide high-quality, low cost services for the treatment of incomplete abortion, but also the possibility of utilizing research findings as a political tool in furthering national policy on reproductive health services. This sentiment is reinforced by strong support for a pilot study of PAC with MVA, with almost all the respondents placing this as a short-term, rather than long-term, objective.

The findings of the *Feasibility Study* emerge at a critical point in national health policy. Following the Bolivian government's decision to include treatment of first-half of pregnancy hemorrhage in its national insurance coverage, and form part of the almost immediate response in national policy and programs surrounding the treatment of incomplete abortion. Following the national-level dissemination conference in July, where the results of this study, along with those of an operations research study in Peru on reducing costs and improving the quality of PAC services,¹⁷ were presented, the Vice-Minister of Health, Dr. Guillermo Cuentas Yañez, requested additional information from Ipas on the use of MVA in lowering costs and reorganizing services for treatment of incomplete abortion (Dr. Cuentas provided the opening comments at the July dissemination conference).

This request was formalized in a letter Dr. Cuentas sent on August 4th to Mr. Paul Ehmer, Director of Health at USAID/Bolivia, in which he prioritized treatment of complications of first trimester hemorrhage within the country's new Seguro Básico de Salud (*Basic Health Insurance*), and identified the PAC model as the appropriate vehicle through which to address this maternal health problem. In his letter, Dr. Cuentas named the OR projects presented at the dissemination conference as proof of the efficacy of such an approach, and went on to enlist the collaboration of USAID and Ipas in introducing a pilot study aimed at reducing costs and improving quality in treatment of obstetric emergencies during the first trimester of pregnancy. The Vice-Minister considers such a project a logical continuation of the recently-concluded baseline evaluation conducted under INOPAL III, "An Assessment of Postabortion Care Services in the Bolivian Public Health System."¹⁸ He proposed that the pilot intervention take place in the three hospitals where the baseline evaluation was conducted

¹⁶ An Assessment of PAC Services" was carried out as an in-house activity under the "Operations Research and Technical Assistance ... in the LAC Region" sub-contract No. CI95.34A.

¹⁷ Benson, J. et al. 1998. "Improving Quality and Lowering Costs in an Integrated Postabortion Care Model in Peru: Final Report." Peru: Ipas, Population Council.

¹⁸ See Friedman, AB. et al. 1998. "An Assessment of Postabortion Care Services in the Bolivian Public Health System: Final Report." Carrboro, NC: Ipas.

(among others). This project has already been discussed as part of the activities to be conducted in Bolivia under Frontiers, and enjoys the cooperation of The Population Council, USAID/Bolivia, the Ministry of Health, and Ipas.

Programmatic Implications -- Workspace

The Feasibility Study included partial funding for an increased local presence of Ipas in Bolivia (other funds were provided through the Ipas sub-contract to INOPAL¹⁹). In addition, it provided financial support for a physical workspace, which proved essential in order to carry out not only the Feasibility study, but also the PAC Assessment, the workshop with PROCOSI, the various dissemination events and activities associated with these INOPAL projects and technical assistance on related PAC activities.

The Project Coordinator, Lic. Eliana Del Pozo, worked with PROCOSI to set up a work-space in a small section of PROCOSI facility, behind the main building. Lic. Del Pozo followed all INOPAL, Population Council, USAID and Ipas policies and protocols in setting up this workspace, purchasing basic furniture and supplies, including a computer and printer, and renting a phone line; she also contracted with a messenger/office assistant and facilitated all administrative processes surrounding the studies and other INOPAL-related events conducted during the year of INOPAL activities in Bolivia.

The visible presence of INOPAL and Ipas that was created through this effort significantly facilitated the work and increased the impact of its outcome. Lic. Del Pozo worked in concert with the rest of the INOPAL team to set up meetings and formal agreements with first the Secretaría Nacional de Salud, and later the Ministerio de Salud y Previsión Social, local researchers, USAID, and other NGOs.

The local infrastructure advanced our work substantially in terms of dissemination of results and policy-impact, as well. Shortly after completion of the data analysis of the Feasibility Study, and upon completion of the data collection for the PAC Assessment Study, Ms. Del Pozo coordinated a national dissemination workshop, attended by approximately 70 health care authorities, providers, administrators, and representatives of NGOs and the women's health advocacy movement from throughout Bolivia. (The 70 participants did not include any of the investigators or other Ipas-INOPAL team members).

The results of the studies and the PROCOSI workshop, as well as the constant communication/follow-up by the Coordinator have had an immediate impact. The day after the dissemination workshop, the Ipas-INOPAL team met with the Vice Minister of Health, who upon receiving complete responses to some questions and concerns of the Ministry, assured us that the Bolivian government planned to include the treatment of first trimester hemorrhage in the new basic insurance coverage for Bolivian women (a major policy success for PAC); and that he would like support from Ipas through Frontiers to conduct an operations research project to test the introduction of PAC with MVA.

¹⁹ "Operations Research and Technical Assistance ... in the LAC Region", Sub-contract No. CI95.34A

ANNEX A: SURVEY INSTRUMENT

BOLETA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA: IPAS

Ciudad _____ No. de Entrevista _____ Hra. Inicio. Entrevista _____

Buenos días/tardes. Mi nombre es y trabajo para la organización IPAS que se dedica a realizar estudios sobre salud reproductiva en coordinación con el Ministerio de Salud. En este momento estamos realizando una encuesta para saber la opinión de los profesionales que trabajan en salud reproductiva sobre sus necesidades en capacitación, introducción de nuevas tecnologías, apoyo institucional en su labor, etc. Esta es una entrevista anónima, de modo que su nombre no figurará en la boleta y las opiniones que usted emita no implican ningún compromiso posterior. Su participación es totalmente voluntaria y si usted no quiere responder alguna pregunta está en todo el derecho de no hacerlo.

Le gustaría participar?

- 1) Si (**Continuar con la entrevista**) 2) No (**Terminar la Entrevista agradeciéndole**)

1. Como usted sabe, la salud reproductiva comprende la atención pre y post natal, parto, planificación familiar, ETS's, complicaciones en el aborto, infertilidad. Ha utilizado usted alguna nueva tecnología en salud reproductiva?

- 1) Si (**Continuar con la P.2**)

2) No

3) NS/NR (**Saltar a la P. 3**)

2. Qué nuevas tecnologías ha utilizado en salud reproductiva? (**Varias Opciones**)

3. De acuerdo con su opinión, la introducción de nuevas tecnologías en el área de salud reproductiva, en los servicios de salud del Estado, ha traído o no ha traído beneficios en este campo?

- 1) Si ----- Podría mencionar hasta tres beneficios?

1) _____

2) _____

3) _____

- 2) No ----- Por qué cree que no ha traído beneficios?

3) NS/NR

4. Según su opinión, los proveedores de salud de nuestro país enfrentan o no enfrentan problemas en la introducción de nuevas tecnologías en salud reproductiva en los servicios del Estado?

1) Si ----- Me podría mencionar hasta tres de estos problemas?

- 1) _____

- 2) _____

- 3) _____

2) No 3) NS/NR ----- (**Saltar a la P. 6**)

5. Dónde se presentan problemas para introducir nuevas tecnologías en salud reproductiva en los servicios del Estado? (**Mostrar Tarjeta 1. Leer opciones. Varias opciones**)

- 1) Autoridades de salud del Gobierno Central 6) Enfermeras en general
- 2) Autoridades de salud de la Prefectura 7) En la comunidad/población en general
- 3) Autoridades de salud del Municipio 8) En las familias y parejas
- 4) Personal administrativo y autoridades de este 9) Otro _____
servicio de salud 10) NS/NR
- 5) Médicos en general

6. Según su opinión, cuáles de los siguientes ámbitos son los más adecuados para introducir nuevas tecnologías en salud reproductiva? (**Leer rotando. Varias Opciones**)

6.1. Ambitos	6.2. Por qué?
1) Facultad de medicina	
2) Hospital Público	
3) Hospital/clínica privada	
4) ONG	
5) Otro (Especificar)	
6) NS/NR	

7. Pasando a otro tema, como usted sabe, el Estado tiene un plan de reducción acelerada de la morbi/mortalidad materno infantil. Cómo evalúa usted la aplicación de este plan? Como: “Muy buena”, “Buena”, “Mala” o “Muy Mala”?

- 1) Muy buena 2) Buena 3) Mala 4) Muy mala 5) Regular (**Op.**) 6) NS/NR

8. Como usted sabe, nuestro país se caracteriza por tener una elevada tasa de morbi/mortalidad materna. Podría mencionar algunas razones que según su opinión son las principales causas para esta elevada tasa? (**Varias opciones**)

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____

9. De acuerdo con su experiencia, el aborto incompleto es una causa “muy frecuente”, “frecuente”, “poco frecuente” o “muy poco frecuente” para la morbi/mortalidad de las mujeres en esta ciudad?

- 1) Muy frecuente 2) Frecuente 3) Poco frecuente 4) Muy poco frecuente 5) NS/NR

10. (**Autoridades: Sólo leer desde*****) Ahora voy a preguntarle sobre la atención del aborto incompleto en dos niveles: primero a nivel general en los servicios del Estado y de la Caja Nacional de Salud, y después específicamente en este su servicio de salud. (***) A nivel de la generalidad de los servicios del Estado y de la Caja Nacional de Salud, cómo califica usted la atención del aborto incompleto? Como “muy buena”, “buena”, “mala” o “muy mala”?

- | | | |
|--------------|-------------|---------------------------|
| 1) Muy buena | 3) Mala | 5) Regular (Vol) |
| 2) Buena | 4) Muy mala | 6) NS/NR |

Por qué? _____

11. (**Provedores**): Específicamente en su servicio de salud, cómo califica usted la atención del aborto incompleto? Como “muy buena”, “buena”, “mala” o “muy mala”?

(**Autoridades**): Específicamente en los servicios de salud a su cargo, cómo califica la atención del aborto incompleto? Como “muy buena”, “buena”, “mala” o “muy mala”?

- | | | |
|--------------|-------------|---------------------------|
| 1) Muy buena | 3) Mala | 5) Regular (Vol) |
| 2) Buena | 4) Muy mala | 6) NS/NR |

Por qué? _____

12. **(Proveedores):** Podría mencionar hasta tres cosas que deberían mejorar en la atención del aborto incompleto en su servicio de salud?

(Autoridades): Podría mencionar hasta tres cosas que deberían mejorar en la atención del aborto incompleto en los servicios de salud a su cargo?

- 1) _____

- 2) _____

- 3) _____

- 4) NS/NR

13. Ha escuchado hablar sobre la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) para tratar abortos incompletos?

- 1) Si ----- Qué ha escuchado sobre este método? _____

_____ (Seguir con la P 14)

- 2) No _____
- 3) NS/NR → **(Saltar a la P. 15)**

14. A través de qué medios escuchó sobre esta tecnología? **(Leer rotando. Varias opciones)**

- 1) Material escrito como revistas, folletos
- 2) En cursos y conferencias
- 3) A través de conversaciones informales
- 4) Por experiencia propia
- 5) Otro _____

15. Quisiera leer para usted un breve resumen de esta tecnología **(Leer el resumen del AMEU)**. Estaría usted de acuerdo con la introducción de la tecnología AMEU para el tratamiento de mujeres hospitalizadas por aborto incompleto? **(Si la respuesta es “si” preguntar)** Dentro de cuánto tiempo debería introducirse el AMEU?: en los próximos seis meses, en el próximo año o en los próximos cinco años?

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| 1) Seis meses | 4) No está de acuerdo (Saltar a la P 18) | 5) NS/NR |
| 2) Un año (Seguir con la P. 16) | | 6) NS/NR (Seguir con la P. 18) |
| 3) Cinco años | | |

Por qué? _____

16. **(Proveedores):** Cuán de acuerdo estaría en que en este servicio de salud se utilice temporalmente el AMEU en un programa piloto, para ver si esta tecnología se puede adaptar a nuestro país? Usted estaría “Muy de acuerdo”, “De acuerdo”, “En desacuerdo” o “Muy en desacuerdo”?

(Autoridades): Cuán de acuerdo estaría en que en los servicios de salud a su cargo se utilice temporalmente el AMEU en un programa piloto, para ver si esta tecnología se puede adaptar a nuestro país? Usted estaría “Muy de acuerdo”, “De acuerdo”, “En desacuerdo” o “Muy en desacuerdo”?

- 1) Muy de acuerdo
- 2) De acuerdo **(Seguir con P. 17)**

3) En desacuerdo **(Saltar a la P. 18)**

4) Muy en desacuerdo **(Saltar a la P. 19)**

5) NS/NR **(Saltar a la P. 18)**

Por qué? _____

16b. **(Sólo Autoridades y Directores de Hospitales)** Si usted tuviera que tomar la decisión de aceptar o no aceptar un programa piloto de uso del AMEU en su servicio de salud, consultaría esta decisión con alguien o la tomaría sólo?

- 1) Consultaría con alguien --- Con quién? _____
- 2) La tomaría sólo
- 3) NS/NR

17. Cuán de acuerdo estaría usted en participar en ese programa piloto?. Usted estaría “Muy de acuerdo”, “De acuerdo”, “En desacuerdo” o “Muy en desacuerdo”?

- 1) Muy de acuerdo
- 2) De acuerdo
- 3) En desacuerdo
- 4) Muy en desacuerdo ----- **(Saltar a la P. 19)**
- 5) NS/NR

Por qué? _____

18. Podría mencionar hasta tres recomendaciones para garantizar el uso adecuado del AMEU?

- 1) _____

- 2) _____

- 3) _____

- 4) NS/NR

19. Usted estaría “muy interesado”, “más o menos interesado” o “no estaría interesado” en recibir información adicional sobre la tecnología AMEU?

- 1) Muy interesado
- 2) Más o menos
- 3) No interesado
- 4) NS/NR

20. Tiene algún comentario que hacer sobre este tema?

VARIABLES INDEPENDIENTES.

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas que nos ayudarán a realizar el análisis de la información. Gracias.

21. Edad: _____

22. Estado Civil

- 1) Casado/conviviente
- 2) Soltero
- 3) Separado/divorciado
- 4) Viudo

23. Ultimo grado académico alcanzado

- 1) Técnico
- 2) _____
- 3) Egresado/titulado
- 4) Especializado/Postgrado
- 5) Otro

24. Puesto actual:

25. Posición jerárquica del entrevistado

A. Ministerio de Salud	B. Caja Nacional de Salud
1) Autoridad Nacional	1) Autoridad Nacional
2) Autoridad Departamental	2) Autoridad Departamental
3) Autoridad de Hospital	3) Autoridad de Hospital
4) Proveedor de Salud	4) Proveedor de Salud

26. No. de años de trabajo en el establecimiento de salud _____

27. No. de años de trabajo en el área de salud reproductiva _____

28. Participó en cursos sobre salud reproductiva en los últimos dos años? (Si "si" --- Cuántos)

- 1) Entre 1 y 2 3) Más de 8 5) No realizó cursos
2) Entre 3 y 8 4) No se acuerda

29. Participó en cursos sobre atención de aborto incompleto? (Si "si" --- Cuántos)

- 1) Entre 1 y 2 3) Más de 4 5) No realizó cursos
2) Entre 3 y 4 4) No se acuerda

30. (Por observación) Sexo: 1) Varón 2) Mujer

Ficha de Identificación		
Nombre de la Institución		
Tipo de Institución	A. Ministerio de Salud	B. Caja Nacional de Salud
	1) Instancia Administrativa 2) Hospital	1) Instancia Administrativa 2) Hospital
Grado de Especialización	1) Sólo instancia administrativa 2) Hospital especializado en gineco-obstetricia 3) Hospital general con departamento gineco-obstétrico 4) Hospital general sin departamento gineco-obstétrico	
Fecha de la entrevista		
Hora finalización entrevista		
Resultado	1) Completa 2) Incompleta	
Entrevistador		
Supervisor		
Firma Supervisor		

Observaciones: _____

EXPLICACION AMEU

El instrumental de ASPIRACION MANUAL ENDOUTERINA (AMEU) es una tecnología para el tratamiento de las complicaciones del aborto durante el primer trimestre del embarazo. AMEU ha demostrado ser uno de los métodos más seguros y costo-efectivos y es recomendado por la Organización Mundial de la Salud para la atención del aborto incompleto y la toma de biopsia de endometrio desde el primer nivel de atención.

ANNEX B: CODEBOOK

LISTADO DE CODIGOS UTILIZADOS
VALORES Y ETIQUETAS

CIUDAD	CIUDAD
Value	Label
1	La Paz
2	Santa Cruz
3	Cochabamba
4	Sucre

P1 UTILIZO USTED ALGUNA VEZ ALGUNA NUEVA TECNOLOGIA

Value	Label
1	Si
2	No
3	NS/NR

P2A NUEVAS TECNOLOGIAS QUE UTILIZO EN SALUD REPRODUCTIVA

Value	Label
1	Laparoscopia
2	Isterescopia, Isterestomia
3	D.I.U.
4	Tabletas
5	Preservativo, Condon
6	Papanicolau/detector de cancer
7	Mamografía
8	Basectomía
9	Salpingo(ligadura de trompas)
10	Ecografía
11	Norplant
12	Esterilización quirúrgica voluntaria(AQV)
13	Planificación familiar, Consejería Individual
14	Colposcopia detenciones premalignas
15	Tratan del aborto incompleto, geringa de carman
16	Método del ritmo
17	Otros

P3 EN SU OPINION LA INTRODUCCION DE NUEVAS TECNOLOGIAS

Value	Label
1	Si
2	No
3	NS/NR

P3A1 PODRIA MENCIONAR BENEFICIOS QUE TRAJO

Value Label

- 1 Evitar abortos indeceados/Disminuye tasas de abortos
- 2 Prevenir salud reproductiva/planificación familiar
 - 3 Facilita ya no cirugía
 - 4 Protección de las mujeres anticoncepción
 - 5 Evitar tener muchos hijos/embarazos seguidos
 - 6 Evitar enfermedades de transmisión sexual
 - 7 Riesgos de mortalidad de la madre
 - 8 Facilita a la mujer en costos
 - 9 Incentivo paternidad responsable
 - 10 La ligadura de trompas contempla el seguro
 - 11 Incentivo en control prenatal y parto institucional
 - 12 Educación de las mujeres y proveedores de salud
 - 13 Menor tiempo en rehabilitación y quirúrgica
 - 14 Evitar riesgos de la multiparidad
 - 15 Que la gente disfrute de su sexualidad
 - 16 Mejorar el servicio
 - 17 Ayuda a la infertilidad
 - 18 Control de la natalidad
 - 19 Evitar el cancer, la isterectomía
 - 20 Seguro materno infantil
 - 21 Mejor atención
 - 22 Otros

P3B1 POR QUE NO CREE QUE NO HA TRAIIDO BENEFICIOS

Value Label

- 1 Falta de continuidad del Proyecto de Salud Reproductiva
- 2 Falta de apoyo y colaboración de los recursos humanos
 - 3 No se ha introducido nuevas tecnologías
 - 4 Solo se usa lo tradicional

P3B2 POR QUE NO CREE QUE NO HA TRAIIDO BENEFICIOS

Value Label

- 1 Falta de continuidad del Proyecto de Salud Reproductiva
- 2 Falta de apoyo y colaboración de los recursos humanos
 - 3 No se ha introducido nuevas tecnologías
 - 4 Solo se usa lo tradicional

P4 ENFRENTAN O NO PROBLEMAS EN INTRODUCIR NUEVAS TECNOLOGIAS

Value Label

- 1 Si
- 2 No
- 3 NS/NR

P4A1 PODRIA MENCIONAR PROBLEMAS

Value Label

- 1 Falta de información del paciente del campo
- 2 Capacitar al personal
- 3 Tener aval y apoyo de las Autoridades
- 4 Falta de material, costos elevados del método moderno
- 5 Poco personal paramédico
- 6 La gente conoce pero no usa/temor a usar
- 7 Los esposos rechazan su uso
- 8 Barrera cultural, carácter religioso
- 9 Falta de tiempo de los proveedores
- 10 Problema económico
- 11 Problemas económicos de la familia
- 12 Ingerencia de algunos médicos
- 13 Desconfianza
- 14 Falta de comunicación entre el personal y usuario
- 15 Otros

P5A DONDE SE PRESENTAN PROBLEMAS PARA INTRODUCIR
TECNOLOGIAS 21

Value Label

- 1 Autoridades de Salud del Gobierno Central
- 2 Autoridades de Salud de la Prefectura
- 3 Autoridades de Salud del Municipio
- 4 Personal Administrativo y Autoridades del Servicio
- 5 Médicos en general
- 6 Enfermeras en general
- 7 En la comunidad/población en general
- 8 En las familias y parejas
- 9 Otro
- 10 NS/NR

P6A CUALES AMBITOS SON ADECUADOS PARA INTRODUCIR NUEVA
TEC.

Value Label

- 1 Facultad de medicina
- 2 Hospital Público
- 3 Hospital/Clínica privada
- 4 ONG
- 5 Otro
- 6 NS/NR

P7 COMO EVALUA LA APLICACION DEL PLAN DE REDUCCION DE MORBI

- | Value | Label |
|-------|-----------|
| 1 | Muy buena |
| 2 | Buena |
| 3 | Mala |
| 4 | Muy mala |
| 5 | Regular |
| 6 | NS/NR |

P8A RAZONES QUE SON PRINCIPALES CAUSAS PARA MORBI/MORTALIDAD

- | Value | Label |
|-------|---|
| 1 | Falta de control prenatal |
| 2 | Partos domiciliarios |
| 3 | Abortos |
| 4 | Embarazos de alto riesgo no controlados |
| 5 | Lo económico influye |
| 6 | Factor económico por poco acceso a centro médico |
| 7 | La mujer no accede a Centros de Salud en area rural |
| 8 | Las hemorragias en el primer trimestre de embarazo |
| 9 | Infecciones |
| 10 | Tocsemia gravídica |
| 11 | Falta de educación sanitaria |
| 12 | Falta de infraestructura |
| 13 | Capacidad resolutive limitada de los servicios |
| 18 | Complicaciones del embarazo |
| 19 | Inaccesibilidad a los centros médicos |
| 20 | No acuden a los centros médicos |
| 21 | Pobreza/falta de recursos económicos |
| 22 | Cancen en útero/mamas/trompas |
| 23 | La desnutrición en las mujeres |
| 24 | Las familias perihurbanas no acuden a centros médicos |
| 25 | Otros |

P9 SEGUN SU EXPERIENCIA EL ABORTO INCOMPLETO ES A CAUSA DE

- | Value | Label |
|-------|--------------------|
| 1 | Muy frecuentemente |
| 2 | Frecuente |
| 3 | Poco frecuente |
| 4 | Muy poco frecuente |
| 5 | NS/NR |

P10 COMO CALIFICA LA ATENCION DEL ABORTO INCOMPLETO

- | Value | Label |
|-------|-----------|
| 1 | Muy buena |
| 2 | Buena |
| 3 | Mala |
| 4 | Muy mala |
| 5 | Regular |
| 6 | NS/NR |

P10A1 POR QUE CALIFICA

- | | Value | Label |
|----|-------|--|
| | 1 | Estan bien implementados |
| | 2 | Los profesionales capacitados salvan vidas |
| 3 | | Ya no es delito, no se ve a la pareja como delincuente |
| | 4 | Se piensa en el plan de atención gratuita |
| | 5 | Atención buena y humana |
| | 6 | No hay Centros especializados |
| | 7 | Mala atención |
| | 8 | Médicos no especializados |
| | 9 | No hay infraestructura e insumos |
| | 10 | Costos altos y discriminatorios |
| 11 | | No atiende la caja a los que no esta asegurados |
| | 12 | No hay gente capacitada |
| | 13 | La gente es lenta |
| | 14 | No está instituido por el Estado |
| | 15 | Le dan maltrato a los pacientes |
| | 16 | Juzgado por Ley |
| | 17 | Otros regulares |
| | 18 | Otros buenos |
| | 19 | Otros malos |
| | 99 | NS/NR |

P11 EN SERVICIO(S) DE SALUD (A SU CARGO) COMO CALIFICA LA

- | | Value | Label |
|--|-------|-----------|
| | 1 | Muy buena |
| | 2 | Buena |
| | 3 | Mala |
| | 4 | Muy mala |
| | 5 | Regular |
| | 6 | NS/NR |

P11A1 POR QUE CALIFICA

- | | Value | Label |
|----|-------|---|
| | 1 | Capacitación y especialización |
| | 2 | Atención inmediata y buena |
| | 3 | Se atiende sin discriminación |
| | 4 | Por que se paga dan mejor atención |
| | 5 | Se da consejería, buen tratamiento |
| 6 | | Se ha implementado un programa de planificación |
| | 7 | Unico en programa de Post Aborto |
| 8 | | No se hacen problema de este tipo de pacientes |
| | 9 | Existe un tratamiento psicológico |
| 10 | | Tenemos un mejor hospital higiénico |
| | 11 | No hay atención inmediata |
| | 12 | No hay material |
| 13 | | Hay discriminación y maltrato |
| | 14 | Capacidad reducida |
| | 15 | No hay insumos |
| | 16 | Espera prolongada |
| | 17 | Exceso de trabajo |
| 18 | | No se asume la responsabilidad |
| | 19 | Otros regulares |
| | 21 | Otros buenos |

P12A QUE DEBERIA MEJORAR EN LA ATENCION EN SERV.DE SALUD(A
SU)

- | | Value | Label |
|----|-------|---|
| | 1 | Tratamiento prenatal |
| | 2 | Atención inmediata y buena |
| | 3 | Mejorar el trato a la gente |
| 4 | | Que tenga más equipo e instrumental |
| | 5 | Sala de legrados/infraestructura |
| | 6 | Capacitación de nuevas tecnologías |
| | 7 | Más personal médico especializado |
| 8 | | Orientación, consejería, planificación familiar |
| 9 | | Incremento en medicamentos, e insumos |
| 10 | | Mayor sensibilidad y concientización |
| | 11 | Nada |
| | 12 | Otros |
| | 99 | NS/NR |

P13 HA OIDO SOBRE LA ASPIRACION MANUAL ENDOUTERINA PARA
TRATAR

- | | Value | Label |
|--|-------|-------|
| | 1 | Si |
| | 2 | No |
| | 3 | NS/NR |

P13A1 QUE HA ESCUCHADO DE ESE METODO

- | Value | Label |
|-------|--|
| 1 | Para el manejo del Post Aborto |
| 2 | Nuevo método de aspiración con jeringa |
| 3 | Se utiliza para tratar Molas y evacua embarazos |
| 4 | Es una cánula muy asequible, varias presentaciones |
| 5 | Práctico, rápido, económico y facil de usar |
| 6 | Dispositivo de Carman, se completa el vaciado de cavidad |
| 7 | Es una jeringa con presión negativa y se aspira |
| 8 | Procedimiento del aborto incompleto, legrado |
| 9 | Sondas de aspiración para sacar el producto |
| 10 | Método ambulatorio sin anestesia, evita infecciones |
| 11 | Otros |

P14A A TRAVEZ DE QUE MEDIOS ESCUCHO SOBRE ESTA TECNOLOGIA

- | Value | Label |
|-------|--|
| 1 | Material escrito como revistas, folletos |
| 2 | En cursos y conferencias |
| 3 | A través de conversaciones informales |
| 4 | Por experiencia propia |
| 5 | Otro |

P15 DENTRO DE CUANTO TIEMPO DEBERIA INTRODUCIRSE EL AMEU

- | Value | Label |
|-------|-------------------|
| 1 | Seis meses |
| 2 | Un año |
| 3 | Cinco años |
| 4 | No estáde acuerdo |
| 5 | NS/NR |

P15A1 POR QUE?

- | Value | Label |
|-------|--|
| 1 | Método seguro y preveer la mortalidad materna |
| 2 | Es rápida y no es complicado/menos riesgoso |
| 3 | Urgente para el tratamiento de aborto incompleto |
| 4 | Debería introducirse hace años |
| 5 | Es menos tratamiento/menos costo |
| 6 | Evitar el tiempo complicaciones de hospitalización |
| 7 | No se necesita anestesia |
| 8 | Es un implemento que favorecería al servicio ginecológico |
| 9 | Tenemos que superar nuestra tecnología |
| 10 | Si pasa más tiempo queda obsoleto |
| 11 | Investigación operativa, 1 año para su aplicación |
| 12 | Habría que estudiar bién/facilita el tratamiento al aborto |
| 13 | Por que es doloroso y se ve sufrir a los pasientes |
| 14 | Ya se introdujo |
| 15 | Por posible mala utilización de los médicos |
| 16 | No es eficiente para tratar abortos incompletos |
| 17 | Muy fácil y liberal |
| 18 | Otros |

P16 CUAN DE ACUERDO EN QUE SE UTILICE TEMPORALMENTE EL
AMEU

Value Label

- 1 Muy de acuerdo
- 2 De acuerdo
- 3 En desacuerdo
- 4 Muy en desacuerdo
- 5 NS/NR

P17 CUAN DE ACUERDO ESTARIA EN PARTICIPAR EN PROGRAMA
PILOTO

Value Label

- 1 Muy de acuerdo
- 2 De acuerdo
- 3 En desacuerdo
- 4 Muy en desacuerdo
- 5 NS/NR

P17A1 POR QUE?

Value Label

- 1 Se debe mejorar los servicios en el hospital
- 2 Para conocer y ver como es y poder aprender
- 3 Para prestar mejor atención/mejorar servicio
- 4 Para saber o ver como da mayores beneficios
- 5 Todo lo nuevo si es provechoso
- 6 Quisiera aprender más para enseñar a la gente
- 7 Tener seguimiento del paciente para evitar complicaciones
- 8 Un método mejor/bueno
- 9 Otros

P18A RECOMENDACIONES PARA GARANTIZAR EL USO ADECUADO
DEL AMEU

Value Label

- 1 Que el uso no sea para provocar abortos
- 2 Con personal capacitado
- 3 Realizar seguimientos periodicos y adecuados
- 4 Usar como método alternativo
- 5 Ascepcia y antiascepcia
- 6 Realizar la biopsia de endometría
- 7 Que exista una normalización
- 8 No se distorsione su uso
- 9 Que se use como método de entrenamiento
- 10 Somos un Hospital de capacitación
- 11 Facilidad y accesibilidad en costo
- 12 Que se tenga todo el instrumental
- 13 Otros
- 98 Ninguno
- 99 NS/NR

P19 ESTARIA...EN RECIBIR INFORMACION ADICIONAL SOBRE EL
AMEU

- | Value | Label |
|-------|----------------|
| 1 | Muy interesado |
| 2 | Más o menos |
| 3 | No interesado |
| 4 | NS/NR |

21 EDAD

- | Value | Label |
|-------|-------|
| 99 | NS/NR |

P22 ESTADO CIVIL

- | Value | Label |
|-------|------------------------|
| 1 | Casado(a)/Conviviente |
| 2 | Soltero(a) |
| 3 | Separado(a)/Divorciado |
| 4 | Viudo(a) |

P23 ULTIMO GRADO ACADEMICO ALCANZADO

- | Value | Label |
|-------|--------------------------|
| 1 | Técnico |
| 2 | Universitario incompleta |
| 3 | Egresado/Titulado |
| 4 | Especializado Postgrado |

P24 PUESTO ACTUAL

- | Value | Label |
|-------|------------------------------|
| 1 | Autoridad regional |
| 2 | Autoridad de Centro de Salud |
| 3 | Médicos |
| 4 | Enfermeras |
| 5 | Autoridad Nacional |

P25A POSICION JERARQUICA EN MINISTERIO DE SALUD

- | Value | Label |
|-------|-------------------------|
| 1 | Autoridad Nacional |
| 2 | Autoridad Departamental |
| 3 | Autoridad de Hospital |
| 4 | Proveedor de Salud |

P25B POSICION JERARQUICA EN CAJA NACIONAL DE SALUD

- | Value | Label |
|-------|-------------------------|
| 1 | Autoridad Nacional |
| 2 | Autoridad Departamental |
| 3 | Autoridad de Hospital |
| 4 | Proveedor de Salud |

P26 No. DE AÑOS DE TRABAJO EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

Value Label

0 Ninguno

P27 No. DE AÑOS DE TRABAJO EN EL AREA DE SALUD REPRODUCTIVA

Value Label

0 Ninguno

P28 PARTICIPO EN CURSOS DE SALUD REPRODUCTIVA EN ULT.2 AÑOS

Value Label

1 Entre 1 y 2

2 Entre 3 y 8

3 Más de 8

4 No se acuerda

5 No realizó cursos

P29 PARTICIPO EN CURSOS SOBRE ATENCION DE ABORTO
INCOMPLETO

Value Label

1 Entre 1 y 2

2 Entre 3 y 4

3 Más de 4

4 No se acuerda

5 No realizó cursos

P30 SEXO

Value Label

1 Varón

2 Mujer

P31 NOMBRE DE LA INSTITUCION

Value Label

1 C.N.S.

2 Unidad Nacional de atención a la madre y al niño

3 Unidad Departamental de Salud

4 Hospital Inst.de Maternidad Percy Borland

5 Policlínico de consulta externa C.N.S.

6 Hospital Obrero Nro. 3

7 Unidad de Salud

8 Maternidad Germán Urquidi

9 C.N.S. Santa Cbba.

10 C.N.S. Hospital Obrero

11 Hospital Gineco Obstétrico Jaime Sanchez

12 Servicio Departamental de Salud

13 C.N.S. Jaime Mendoza Hospital Hobrero

14 C.N.S. Jefatura Médica Regional

P31A MINISTERIO DE SALUD

Value Label

1 Instancia Administrativa

2 Hospital

P31B CAJA NACIONAL DE SALUD

Value Label

1 Instancia Administrativa

2 Hospital

P32 GRADO DE ESPECIALIZACION

Value Label

1 Solo instancia administrativa

2 Hospital especializado en gineco-obstétrico

3 Hospital general con departamento gineco-obstétrico

4 Hospital general sin departamento gineco-obstétrico

P33 RESULTADO DE LA ENCUESTA

Value Label

1 Completa

ANNEX C: TECHNICAL REPORT

ACTITUDES Y OPINIONES FRENTE AL MÉTODO AMEU

INFORME

Actitudes Y Opiniones Frente Al Metodo AMEU

**(Estudio Entre Autoridades y Proveedores de
Salud de Servicios Públicos de
La Paz, Cochabamba, Santa Cruz y Sucre)**

**Elaborado por Diagnosis
Para IPAS
La Paz, abril de 1998**

INDICE

	Pág.
INTRODUCCION	1
0.1. Objetivos del estudio (1)	
0.2. Población meta (1)	
0.3. Técnica de investigación (3)	
0.4. Alcances y limitaciones del estudio (6)	
0.5. Contenido del informe (7)	
1. SINTESIS GENERAL	8
1.1. Percepciones y actitudes frente a las nuevas tecnologías en salud reproductiva (9)	
1.2. El aborto incompleto y su atención (10)	
1.3. Conocimientos y actitudes frente al AMEU (10)	
2. RESULTADOS	11
2.1. Percepciones y Actitudes Frente a Nuevas Tecnologías en Salud Reproductiva	12
2.1.1. Experiencias con nuevas tecnologías (12)	
2.1.2. Resultados de la introducción de nuevas tecnologías (15)	
2.1.3. Dificultades en la introducción de nuevas tecnologías (17)	
2.1.4. Ambitos adecuados para introducir nuevas tecnologías (18)	
2.2. El Aborto Incompleto y su Atención	21
2.2.1. Causas de la mortalidad materna en Bolivia (21)	
2.2.2. El aborto incompleto como causa de mortalidad (22)	
2.2.3. Atención del aborto incompleto en los servicios de salud (23)	
2.2.4. Atención del aborto incompleto en los propios servicios (25)	
2.2.5. Aspectos que deberían mejorar en la atención (26)	
2.3. Conocimiento y Actitudes Frente al AMEU	28
2.3.1. Manejo de información sobre el AMEU (29)	
2.3.2. Fuentes de información (30)	
2.3.3. Reacciones ante la introducción del AMEU en el país (31)	
2.3.4. Actitudes frente a la posibilidad de un programa piloto (33)	
2.3.5. Recomendaciones para el correcto uso del AMEU (34)	
3. CONCLUSIONES	35

Indice de Gráficos

Anexo

INTRODUCCION

El presente documento contiene los resultados del estudio sobre las Actitudes y Opiniones Frente al Método AMEU (Aspiración Manual Endouterina)²⁰ de autoridades y proveedores/as de salud de los servicios públicos de La Paz, Cochabamba, Santa Cruz y Sucre.

Este estudio fue encargado por IPAS a la consultora Diagnosis, especializada en estudios de índole social. El trabajo de campo de esta investigación se desarrolló durante los meses de diciembre de 1997, y enero y febrero de 1998.

0.1. Objetivos del Estudio.

El estudio sobre Actitudes y Opiniones Frente al AMEU buscó identificar:

- La experiencia de autoridades y proveedores/as de salud en la introducción de nuevas tecnologías en salud reproductiva.
- Las actitudes y percepciones de autoridades y proveedores/as de salud respecto del aborto como causa de mortalidad materna.
- El manejo de información sobre el AMEU
- La predisposición a aceptar o rechazar un programa piloto de uso del AMEU en los servicios públicos del país.
- El interés en recibir más información sobre el AMEU.

0.2. Población Meta del Estudio.

La investigación estuvo dirigida a recabar los conocimientos, opiniones y actitudes de autoridades y proveedores/as de salud del sistema público de Bolivia, que prestan servicios en el área salud reproductiva en las ciudades de La Paz, Cochabamba, Santa Cruz y Sucre²¹. Se consideraron los siguientes segmentos de la población objetivo:

- Según Area de Trabajo:
 - Autoridades y proveedores/as del Sistema Público
 - Autoridades y proveedores/as de la Caja Nacional de Salud (CNS)
- Según posición jerárquica y función:
 - Autoridades
 - Nacionales
 - Departamentales
 - De los servicios de salud
 - Proveedores/as de Salud
 - Médicos gineco-obstetras
 - Enfermeras
 - Auxiliares de enfermería.

²⁰ Este método se usa en varios países para el tratamiento del aborto incompleto.

²¹ Inicialmente se planificó realizar el estudio también en Riberalta; pero, por razones que después se explican, no fue posible incluir esta ciudad en la investigación.

0.3. Técnica de Relevamiento de Información.

Se empleó la técnica de entrevistas semiestructuradas. La misma combina procedimientos cualitativos y cuantitativos y es la más adecuada para identificar actitudes y opiniones en universos pequeños.

El desarrollo de esta técnica supuso la realización de las siguientes actividades:

- Definición de cuotas de entrevistados
- Elaboración y validación del cuestionario
- Aplicación del cuestionario
- Procesamiento de la información
- Análisis de la información y redacción del presente informe.

a) El Conjunto de Entrevistados/as.

Se diseñaron las cuotas de entrevistados/as conforme el siguiente detalle:

**CUADRO 1. CUOTAS DE ENTREVISTADOS/AS SEGÚN CIUDAD POR
Área de Servicio y por Funciones**

Tipo de Informantes		LPZ	CBBA	SCRZ	SCRE	RIB	Total
Servicio Público	Autoridad Nacional	2					2
	Autoridad Departamental	1	1	1	1	1	5
	Director de Hospital	1	1	1	1	1	5
	Gineco-obstetras	2	2	2	2	2	10
	Enfermeras	2	2	2	2	2	10
Caja Nacional de Salud	Autoridad Nacional	2					2
	Autoridad Departamental	1	1	1	1	1	5
	Director de Hospital	1	1	1	1	1	5
	Gineco-obstetras	2	2	2	2	2	10
	Enfermeras	2	2	2	2	2	10
Total		16	12	12	12	12	64

b) Elaboración y Validación del Cuestionario.

Tomando en cuenta los objetivos del estudio se elaboró un cuestionario²² que cubrió las siguientes variables:

CUADRO 2. ESTRUCTURA DEL CUESTIONARIO

Variables	No. Preg. Abiertas	No. Preg. Semiabiertas	Total Indicadores
1. Experiencia en la introducción de nuevas tecnologías en salud reproductiva	1	1	2
2. Evaluación y sugerencias para la introducción de nuevas tecnologías en salud reproductiva	3	1	4
3. Percepciones sobre el aborto incompleto como causa de la mortalidad materna	1	2	3
4. Evaluación de la atención del aborto incompleto en los servicios de salud	2	2	4
5. Grado y fuentes de información sobre el AMEU	1	1	2
6. Actitudes frente a la introducción del AMEU en los servicios de salud	1	3	4
7. Interés de recibir más información sobre el AMEU	0	1	1
8. Variables Independientes: Edad, estado civil, nivel de instrucción, puesto actual, posición jerárquica, años de trabajo, participación en cursos, sexo	4	6	10
TOTAL	13	17	30

Se hicieron tres pruebas piloto con las correspondientes correcciones al instrumento, a fin de asegurar el relevamiento de la información necesaria.

c) Trabajo de Campo.

Para la aplicación del cuestionario se capacitaron a dos profesionales sociólogos con experiencia previa en entrevistas semidirectivas²³. Se realizaron los contactos institucionales necesarios y se procedió a la aplicación de la boleta.

No se pudo realizar el estudio en Riberalta por las dificultades de encontrar transporte para esa ciudad. De esta manera, se realizaron las entrevistas semiestructuradas de acuerdo al siguiente detalle:

CUADRO 3. ENTREVISTAS PLANIFICADAS Y EJECUTADAS

Entrevistas	LPZ	CBBA	SCRZ	SCRE	RIB	Total
Planificadas	16	12	12	12	12	64
Ejecutadas	19	15	15	15	---	64

d) Procesamiento de la Información.

²² Para un conocimiento más detallado del cuestionario ver Anexo.

²³ Gloria Velásquez y Alfredo Balboa.

Después de una exhaustiva crítica de gabinete, se llevaron a cabo dos tipos de procesamiento: cuantitativo y cualitativo.

- Las preguntas susceptibles de tratamiento cuantitativo fueron procesadas a través del paquete estadístico SPSS.
- Las preguntas totalmente abiertas se procesaron en el Micro ISIS con el fin de obtener reportes de frases textuales de los entrevistados.

Los productos del procesamiento son los siguientes:

- 64 boletas criticadas y codificadas
 - Una base de información cuantitativa, junto con la estructura de los cruces múltiples realizados hasta la fecha.
 - Una base de información cualitativa y reportes de respuestas según ciudad, puesto jerárquico y área de servicio.
- f) Análisis de la Información.

El análisis de la información y la redacción del presente informe, buscaron responder a los objetivos del estudio.

0.4. Alcances y Limitaciones del Presente Informe.

Se trata de un estudio cualitativo y no estadísticamente representativo. Aunque se utilizan porcentajes y un análisis cuantitativo básico, los mismos apuntan a clarificar y dar el contexto a la información cualitativa.

El estudio sólo apunta a recabar opiniones sobre el tratamiento del aborto incompleto y sobre la factibilidad de un programa piloto para el uso del AMEU en el tratamiento del aborto incompleto. Cabe recalcar que la presente investigación no es un diagnóstico completo sobre la atención en salud reproductiva en los servicios públicos.

La boleta ha sido aplicada sólo a autoridades y proveedores/as que están en directa relación con la atención en salud reproductiva; por tanto, las opiniones que aquí se exponen sólo representan a un sector de todo el sistema público de salud.

La selección de los entrevistados no fue lo suficientemente aleatoria como hubiese sido deseable. Se escogió a los proveedores que en el momento del estudio estaban prestando sus servicios en el Hospital en cuestión; por tanto no se incluyó en la muestra a los proveedores que tienen otros turnos y que podrían haber aportado al estudio.

El trabajo constantemente recargado de los proveedores de salud impidió en muchos casos que pudieran tener la suficiente concentración para responder a un cuestionario referido a un problema tan complejo y delicado: la atención del aborto incompleto. La presión por cumplir sus tareas cotidianas pudo influir negativamente en las respuestas de los/as entrevistados/as.

Finalmente es necesario advertir que no se cuentan con información precisa sobre el número de proveedores/as de salud por área y por ciudad. Esta información hubiese permitido ponderar los resultados cuantitativos de acuerdo al número de proveedores/as en cada ciudad. De esta manera, los resultados cuantitativos globales se hubieran acercado más a las opiniones del conjunto de proveedores/as que trabajan en salud reproductiva.

0.5. Contenido.

El presente informe está dividido en tres capítulos. En el primero de ellos se expone una síntesis de resultados a modo de resumen ejecutivo. En el segundo capítulo se presentan los resultados del estudio en tres acápite: percepciones sobre las nuevas tecnologías en salud reproductiva, el aborto incompleto como causa de mortalidad materna y, conocimiento y actitudes respecto de la tecnología AMEU. Finalmente, en el tercer capítulo se presentan las conclusiones del estudio.

La Paz, 16 de abril de 1998

1

SÍNTESIS GENERAL

En el presente capítulo se presenta una síntesis de los resultados más significativos del estudio sobre las Actitudes y Opiniones Frente al Método AMEU. La presente síntesis está dividida en tres partes: en la primera se habla sobre las actitudes y percepciones de los/as proveedores/as de salud entrevistados frente a la introducción de nuevas tecnologías en salud reproductiva. En la segunda parte se analizan las opiniones sobre el aborto como causa de la mortalidad materna y, en la última parte se detallan las reacciones frente a la tecnología AMEU.

1.1. Percepciones y Actitudes Frente a las Nuevas Tecnologías en Salud Reproductiva.

- De las 64 personas entrevistadas, el 63% afirma haber utilizado nuevas tecnologías en salud reproductiva; especialmente las autoridades departamentales y de los centros de salud, los de mediana edad (41-50 años) y los que viven en Cochabamba y Sucre.
- La mayoría de estos/as proveedores/as entiende como nuevas tecnologías a métodos de planificación familiar.
- El 94% de los/as proveedores/as de salud entrevistados/as (60 personas) afirma que la introducción de nuevas tecnologías trae beneficios en la atención de la salud reproductiva: mejora la atención, hay menos embarazos no deseados, menos abortos y menos mortalidad materna.
- Del total de los/as entrevistados/as, el 90% (57 personas) cree que los/as proveedores/as enfrentan dificultades para introducir nuevas tecnologías en salud reproductiva. Del total de las dificultades mencionadas:
 - El 63% se refieren a barreras en la comunidad: poca educación, las tradiciones culturales como un impedimento y que la gente no tiene dinero para acudir al servicio de salud.
 - El 20% de las dificultades percibidas se refieren a las condiciones de trabajo: falta de insumos, falta de tiempo y falta de apoyo de las autoridades.
 - Finalmente, el 17% de las dificultades tienen referencia directa a los/as proveedores/as: personal no capacitado e inexistencia de comunicación con la usuaria.
- El 73% de los entrevistados considera que el Hospital Público es el mejor ámbito para introducir nuevas tecnologías:
 - La mayoría de los proveedores varones cree que el Hospital Público es el mejor medio porque los/as usuarios/as están disponibles para realizar prácticas en ellos.
 - Las proveedoras mujeres creen que a través de un hospital público muchas personas de escasos recursos se beneficiarán con nuevas tecnologías.
- El 57% de los proveedores cree también que la Facultad de Medicina es un buen medio para introducir nuevas tecnologías. Esta opinión corresponde sobre todo a proveedores menores de 40 años.

1.2. El Aborto Incompleto y su Atención.

- Espontáneamente el aborto no es percibido como una causa principal de mortalidad materna. Sólo un 23% de los/as proveedores/as (15 personas) enfatiza este tema: especialmente mujeres menores de 40 años y solteras.

- Cuando se induce el tema, el 85% de los/as proveedores/as (54 personas) cree que el aborto incompleto es una causa frecuente o muy frecuente para la mortalidad materna.
- El 46% de los/as entrevistados/as (29 personas) cree que la atención del aborto incompleto es buena en los servicios del Estado. En cambio, el 37% (24 personas) cree que la atención es deficiente o pésima.
- Cuando se trata de calificar la atención del aborto incompleto en sus servicios de salud, el 85% de los/as proveedores/as (54 personas) cree que la misma es buena.
- El 54% de los/as proveedores/as (35 personas) cree que para mejorar la atención del aborto incompleto en sus servicios de salud se requiere un mejor trato y mayor consejería hacia la usuaria. Los demás creen que se mejorará la atención si hay más insumos, infraestructura y capacitación en nuevas tecnologías.

1.3. Conocimiento y Actitudes Sobre el AMEU.

- El 76% de los/as proveedores/as de salud (49 personas) ha escuchado sobre la tecnología AMEU. Especialmente médicos menores de 50 años que viven en La Paz.
- Estos/as entrevistados/as que han escuchado sobre el AMEU (49 en total), afirman que es un nuevo método de aspiración con jeringa (24%), se usa para evacuaciones durante el embarazo (20%), sirve para el manejo del postaborto (8%) y es fácil, económico y rápido en su aplicación (6%).
- De estas 49 personas, el 59% escuchó sobre el AMEU en cursos y conferencias, el 47% también lo hizo a través de material escrito, el 31% escuchó sobre esta tecnología en conversaciones con amigos y colegas. Es necesario destacar que de estas 49 personas, el 33% afirma haber usado el AMEU alguna vez.
- El 89% (57 personas), está de acuerdo con que en Bolivia se introduzca la tecnología AMEU, porque la misma es percibida como efectiva para:
 - Aliviar los procedimientos en la atención del aborto incompleto.
 - Brindar a la mujer un tratamiento seguro.
 - Ahorrar insumos y dinero al centro hospitalario.

De las 27 autoridades nacionales, regionales y de los servicios de salud entrevistadas, sólo una autoridad regional manifestó no estar de acuerdo con la introducción de la tecnología AMEU porque “puede inducir la práctica de abortos”.

- De las 57 personas que están de acuerdo con que se introduzca la tecnología AMEU, el 96% (55 personas) afirman que la misma debería introducirse en un plazo no mayor a los seis meses.
- De estos/as 57 entrevistados/as, el 100% está de acuerdo con que se lleve adelante un programa piloto sobre el uso del AMEU en sus servicios de salud, y el 95% está dispuesto a participar en él.
- Entre las principales recomendaciones hechas por los/as proveedores/as para un correcto uso del AMEU se destacan las siguientes:
 - Que sea utilizado por personal capacitado (25%)
 - Que sea un método alternativo y no sustituto de los tradicionalmente empleados para tratar el aborto incompleto (14%)
 - Que no se use para provocar abortos (14%).

- El 89% de los/as proveedores/as de salud está muy interesado en recibir más información sobre la tecnología AMEU.

2

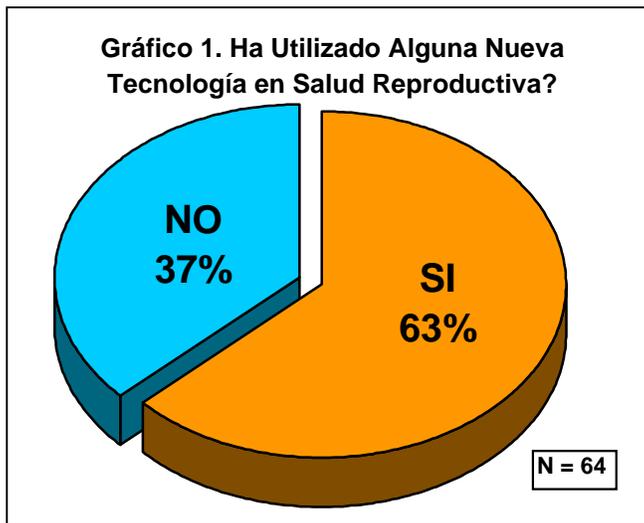
RESULTADOS

2.1. PERCEPCIONES Y ACTITUDES

Frente a Nuevas Tecnologías en Salud Reproductiva

En el presente acápite se analizarán las percepciones y actitudes de autoridades y proveedores/as de salud frente a la introducción de nuevas tecnologías en salud reproductiva. Este será el contexto que permitirá comprender en detalle sus actitudes frente a una eventual introducción del AMEU.

2.1.1. Experiencias Con Nuevas Tecnologías en Salud Reproductiva.



Como se observa en el Gráfico 1: 2 de cada 3 autoridades y proveedores/as entrevistados/as afirman haber utilizado alguna nueva tecnología en salud reproductiva, especialmente:

- autoridades departamentales y de los servicios de salud,
- proveedores/as de mediana edad (41-50 años),
- proveedores/as que están trabajando más de 10 años
- proveedores/as que viven en Cochabamba y Sucre.

En cambio, los/as proveedores/as más jóvenes (menos de 40 años), que viven en Santa Cruz y La Paz, tienden a

afirmar que no han utilizado una nueva tecnología en salud reproductiva.

Sin embargo, estas respuestas no parecen reflejar las prácticas reales de los entrevistados en cuanto a “nuevas tecnologías” como se observa en el Gráfico 2.

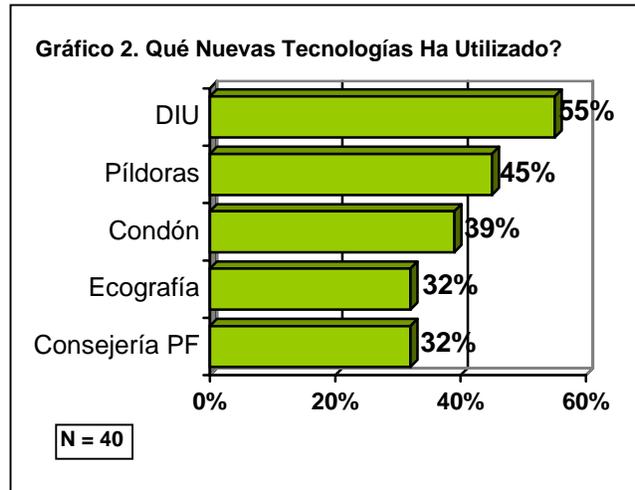
Se preguntó a los/as 40 proveedores/as que afirmaron haber utilizado nuevas tecnologías en salud reproductiva, qué nuevas tecnologías utilizaron. Como se observa en el Gráfico 2 la mayoría de estos proveedores se refiere más bien a métodos de planificación familiar y, además, a métodos que se usan hace ya varios años.

De estas 40 personas, sólo 7 se refirieron a lo que podría denominarse como “nuevas tecnologías”: Colposcopia, Norplant, LEEP (tratamiento de cuello uterino, Histeroscopia, AMEU y fertilización in vitro).

A partir de los resultados del Gráfico 2 se pueden llegar a las siguientes conclusiones:

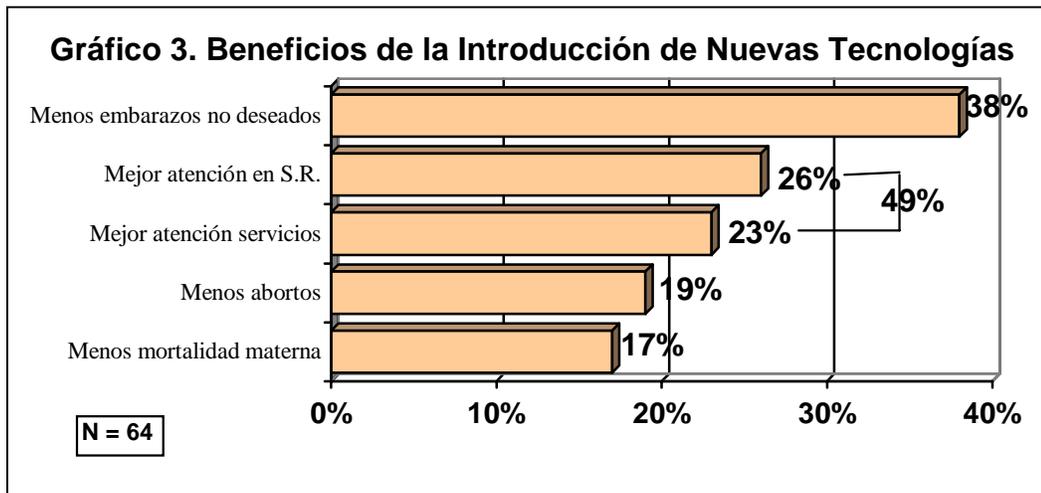
- No parece existir una idea más o menos uniforme sobre lo que quiere decir el concepto de “tecnología”. Varios de los/as proveedores/as equipararon este concepto a procedimientos y/o métodos.

- La mayoría de los/as proveedores/as relaciona salud reproductiva casi de manera exclusiva con planificación familiar; es decir, no se diferencia el concepto más amplio de tecnologías en salud reproductiva del concepto de tecnologías anticonceptivas.
- Es probable que varios proveedores se hayan referido a métodos en planificación familiar como “nuevos” porque, a pesar que ya tienen varios años en el país, los están incorporando recién en sus servicios de salud o en sus prácticas médicas individuales.
- No parece haber una amplia experiencia en la introducción de nuevas tecnologías en salud reproductiva, ya que la mayoría de los/as proveedores/as se refieren sobre todo a métodos anticonceptivos de vieja data.



2.1. 2. Resultados de la Introducción de Nuevas Tecnologías en Salud Re-productiva.

El 94% de las 64 personas entrevistadas afirma que la introducción de nuevas tecnologías en salud reproductiva ha traído beneficios. Cuando se consultó a estas personas cuáles eran esos beneficios, respondieron de la siguiente manera:



Si en el Gráfico 3 se suman los porcentajes referidos a una mejor atención de los servicios de salud se tiene que el 49% de los beneficios mencionados se refieren a la prestación del servicio en salud reproductiva:

- “Se ha mejorado la destreza de los médicos en el campo de la salud reproductiva” (Autoridad regional, varón, 44 años).

- “Se ha preparado y se ha capacitado a los proveedores de salud en estos temas” (Autoridad regional, 54 años, varón)
- “Ampliación del número de métodos; es decir, hay una mayor oferta y por tanto se hace más accesible la planificación familiar a la comunidad” (Autoridad Servicio de Salud, 34 años, varón)
- “Ya contamos con métodos de planificación familiar que han traído beneficios a la población” (Médico, 49 años, varón, Servicio Público, Santa Cruz).

Como se puede observar, aún cuando las autoridades y los/as proveedores/as se refieren a una mejor atención de los servicios de salud, normalmente enfocan su interés casi exclusivamente en la anticoncepción. Para estas personas, una mejor atención a la población implica una mayor capacitación de los médicos y enfermeras que trabajan en salud reproductiva, así como una oferta amplia de métodos anticonceptivos.

El segundo beneficio percibido según el Gráfico 3 es la disminución de embarazos no deseados:

- “Se ha educado a la paciente para tener menos hijos, porque hay pacientes que tienen hasta ocho hijos” (Enfermera, servicio público, 38 años, La Paz)
- “Como resultado de las nuevas tecnologías, hay un número de hijos apropiados a la situación económica de las familias; mayor atención de sus padres hacia sus hijos; más salud, ropa y educación” (Médico, Caja de salud, 46 años, La Paz).
- “Sobre todo las mujeres del campo ya comienzan a planificar su familia. El uso del condón por ejemplo permite que la gente se cuide, o sea la gente ya cuida más su salud” (Médico, servicio público, 46 años, Cochabamba).

La introducción de nuevas tecnologías está asociada al concepto de educación e información dirigida a los/as usuarios/as. Esta lógica “educativa” se observa en las respuestas referidas a la disminución de abortos y de mortalidad materna: la introducción de “nuevas tecnologías” permite educar mejor a las mujeres para que no tengan embarazos no deseados, y para que, de esta manera no recurran al aborto²⁴. Los/as proveedores/as relacionan espontáneamente el aborto con la mortalidad materna de modo que una disminución de abortos quiere decir automáticamente una disminución de muertes maternas:

- “Disminuyen los abortos provocados y disminuye la mortalidad materna. Es que se educa a la gente” (Autoridad de Servicio de Salud, 44 años, varón).
- “Se evitan los embarazos continuos y se evitan los abortos” (Enfermera, servicio público, 43 años, Sucre).

Desde una perspectiva de género se observa que las respuestas de varias enfermeras sobre los beneficios de la introducción de “nuevas tecnologías” en salud reproductiva enfatizan el que la mujer tenga un mayor control sobre su cuerpo y sobre el proceso reproductivo:

- “Hay más control de las mujeres en su proceso reproductivo. La mujer se ha realizado más como madre y como persona” (Enfermera, Caja de salud, 40 años, mujer, Sucre).

²⁴ Cuando los/as entrevistados/as se refieren exclusivamente a la mujer como la única destinataria de la educación en salud reproductiva expresan dos actitudes de la población en general: Primero, que la mujer es la única responsable de la salud reproductiva y, segundo, que la salud reproductiva no está relacionada con la salud sexual: el disfrute de las relaciones sexuales.

2.1.3. Dificultades para la Introducción de Nuevas Tecnologías.

Del total de las 64 personas entrevistadas, el 90% cree que los proveedores enfrentan dificultades para introducir nuevas tecnologías en salud reproductiva.

- Del 100% de dificultades percibidas por los/as proveedores/as, **63%** se refieren a barreras **en la población:**
 - Por su educación 38%
 - Por su cultura 31%
 - Por su situación socioeconómica 19%

Las personas que enfatizan las dificultades en la población son sobre todo los mayores de 50 años, autoridades regionales, en La Paz y Sucre. Estos/as entrevistados/as se expresan de la siguiente manera:

- “Resistencias por creencias religiosas del pueblo. Las costumbres y la manera de pensar del pueblo dificultan” (Autoridad, 61 años, varón).
- “Hay problemas con la idiosincrasia de la pareja, es que no conoce ... el medio no responde” (Médico, servicio público, 43 años, varón, Sucre).
- “La gente sobre todo aún desconfía y por eso rechaza los métodos porque no conoce estos métodos También su idiosincrasia y el factor cultural de nuestra gente y sobre todo sus creencias; ellos, por ejemplo, creen más en el Kallawayá que en los médicos” (Médico, servicio público, 46 años, varón, La Paz).

En La Paz se enfatiza la cultura andina de la población como una barrera, en Sucre se habla de la fuerte influencia de la Iglesia Católica encarnada en la cultura de la población, contraria al uso de métodos modernos de planificación familiar.

El 20% de las barreras mencionadas por los/as entrevistados/as se refieren a las condiciones de trabajo del/la proveedor/a.

- Falta de insumos 58%
- Falta de tiempo 27%
- Falta de apoyo de las autoridades 12%

17% de las barreras se refieren a la falta de formación de los/as proveedores/as de salud:

- Personal no capacitado 57%
- Falta de comunicación con la usuaria 30%

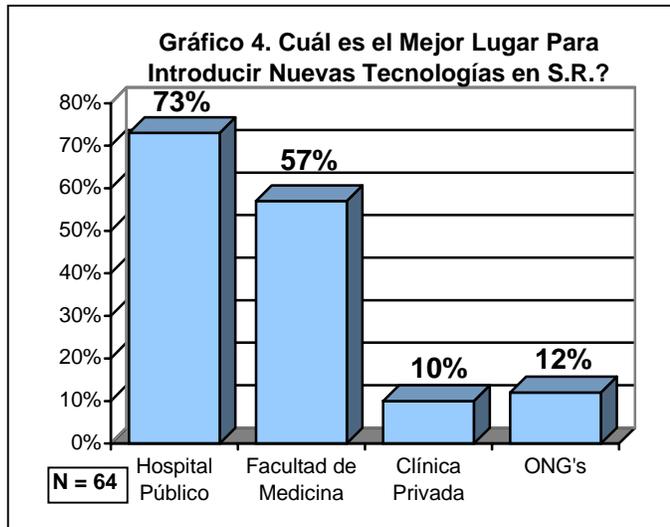
Como la mayoría de los/as proveedores/as asocia “tecnologías en salud reproductiva” con métodos anticonceptivos, la mayor parte de las respuestas se refieren a las barreras culturales, económicas y educativas de la población para internalizar estos nuevos métodos. Esta tendencia no deja de constituir a su vez una importante barrera para asumir las responsabilidades propias por el éxito o fracaso en la introducción de nuevas tecnologías.

Si a lo anterior se suma el 20% de respuestas que apuntan a las condiciones de trabajo, se tiene que en el 83% de los casos los/as entrevistados/as identifican barreras que no se originan en ellos/as o en sus colegas. De algún modo, de acuerdo a su percepción, las barreras están fuera del alcance de los/as entrevistados/as.

2.1.4. Los Ambitos Más Adecuados Para Introducir Nuevas Tecnologías.

De acuerdo al Gráfico 4, los/as entrevistados/as mencionaron que el Hospital Público y la Facultad de Medicina son los lugares más adecuados para la introducción de nuevas tecnologías:

Como se observa en el Gráfico 4, las instancias públicas son las que tienen mayor respaldo de los/as entrevistados/as para introducir nuevas tecnologías en salud reproductiva.



Los/as proveedores/as de mayor edad (más de 50 años), las autoridades de salud y los que viven en las ciudades de Cochabamba y Sucre, son los que se inclinan más por el Hospital Público. En cambio, los/as proveedores/as más jóvenes (menores de 40 años) y especialmente los de La Paz se inclinan por la Facultad de Medicina.

Los que se inclinan por el Hospital Público indican lo siguiente:

- “Hay más movimiento de gente indígena y están de acuerdo con todos los programas que se implantan” (Médico, Caja de salud, 53 años, Cochabamba)
- “Porque allí tenemos gente que es población cerrada y es un terreno fértil para la capacitación y es barata la obtención de profesionales por ser del Estado” (Autoridad departamental, 34 años, varón).
- “Ahí (en el hospital público) están concentrados los residentes y hay una mayor concentración de la población para ser atendida; ahí se concentra más las patologías; esto permite tener más experiencias en este campo” (Médico, servicio público, 53 años, La Paz).
- “Porque aquí se protocolizan mejor los casos, además porque es un ámbito donde se puede estudiar por un tiempo estas tecnologías; porque aquí hay una gran afluencia de pacientes que vienen con problemas de aborto incompleto” (Autoridad, 54 años).

Varios de los que perciben el Hospital como ámbito adecuado para la introducción de nuevas tecnologías consideran que en éste la población es accesible para “experimentar” con ella; ello permite al proveedor adquirir más experiencia en el uso de nuevas tecnologías. El interés primario está en la capacitación del proveedor antes que en una mejor atención al/la usuario/a. Esta actitud se observa sobre todo en proveedores varones.

Por el contrario, las entrevistadas mujeres que se inclinan por el Hospital como ámbito para la introducción de nuevas tecnologías, asumen otro tipo de argumentos:

- “Porque la gente (las pacientes) saldría muy capacitada y saldrían sabiendo sobre la salud reproductiva y sobre estas tecnologías. Al hospital público viene toda

clase de gente, además no pagan mucho dinero y son atendidos oportunamente” (Enfermera, servicio público, 38 años, La Paz).

- “Porque es menos costoso y más accesible. Ayudan a la gente y cobran menos” (Enfermera, Caja de salud, 37 años, Cochabamba).
- “Desde luego debe introducirse en los hospitales públicos porque aquí se atiende sin discriminación a todas las personas, con equidad económica” (Autoridad distrital, 47 años, mujer).

El interés de estas entrevistadas se centra en el bienestar de la usuaria antes que en la capacitación/experimentación por parte del proveedor.

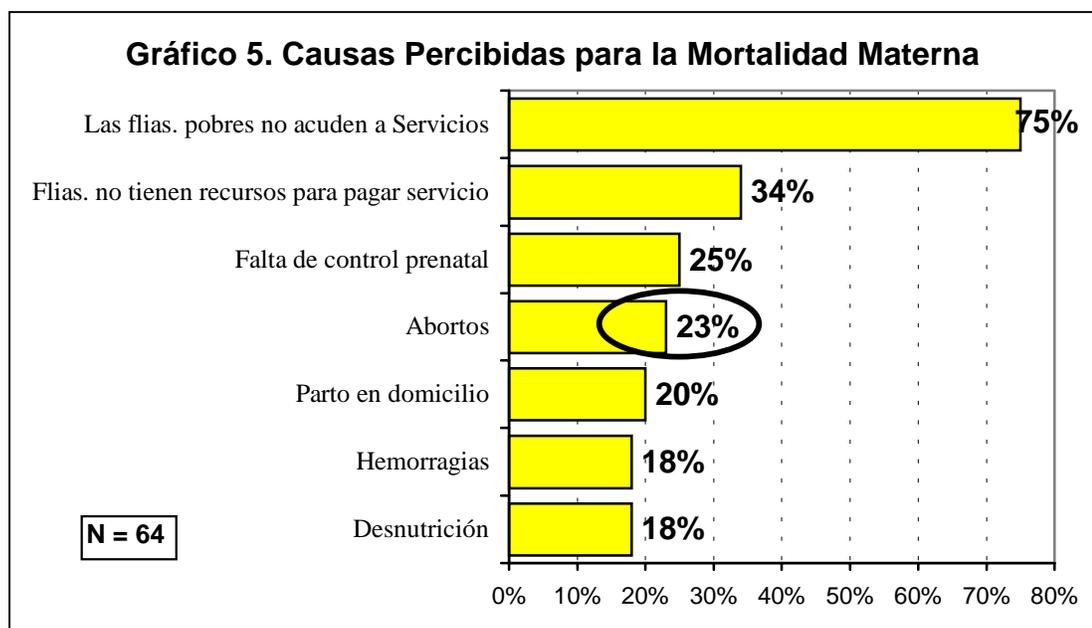
Los que se inclinan por la Facultad de Medicina como ámbito de introducción de nuevas tecnologías hacen énfasis en la necesidad de contar con proveedores más capacitados:

- “Se tiene que dar pautas en la universidad de estas nuevas tecnologías para que tengan conocimiento de las mismas” (Médico, Caja de salud, 45 años, varón, La Paz).
- “Se debe orientar desde que estudian a los nuevos profesionales” (Enfermera, servicio público, 40 años, Sucre).
- “Es donde uno puede capacitar, puede enseñar, uno puede llegar a organizar, capacitar a nuevas generaciones de médicos” (Médico, servicio público, 41 años, varón, Cochabamba).

2.2. LA ATENCIÓN DEL ABORTO INCOMPLETO

Si las opiniones y actitudes respecto a introducción de nuevas tecnologías en salud reproductiva constituyen el marco en el cual los/as proveedores/as consideran una eventual introducción del AMEU para atender abortos incompletos, la valoración del aborto incompleto y su atención es un elemento directamente relacionado con el tema de estudio. En este acápite se desarrollará esta temática.

2.2.1. Causas Percibidas para la Elevada Mortalidad Materna en Bolivia.



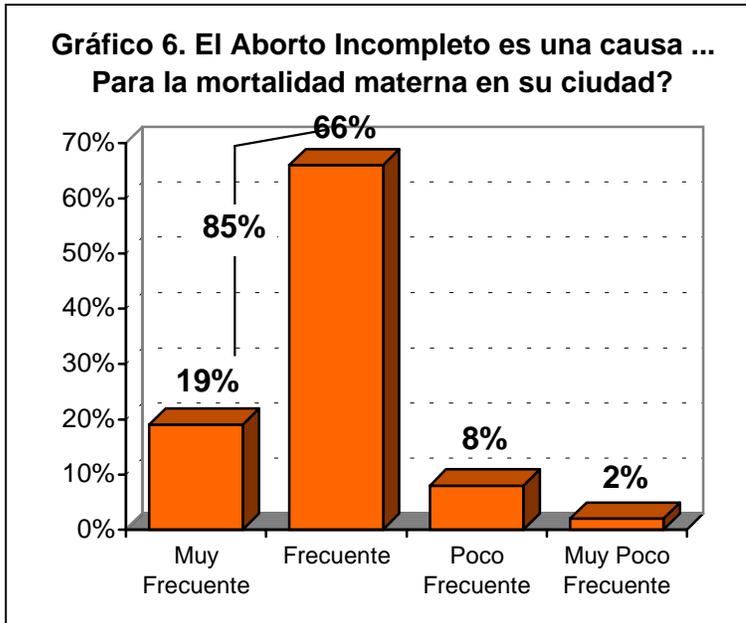
Se preguntó a los proveedores cuáles son los factores que influyen en la mortalidad materna de modo que ellos expresen de manera espontánea sus opiniones (la pregunta fue abierta). Como se observa en el Gráfico 5, para la mayoría de las personas entrevistadas los escasos recursos de la gente les impide que accedan al servicio y por esta razón se produce la mortalidad materna.

En este conjunto de razones, el aborto ocupa un cuarto lugar como causa de la mortalidad materna. Esta razón es importante para un 23% de los entrevistados²⁵.

2.2.2. El Aborto Incompleto Como Causa Para la Mortalidad Materna.

Sin embargo, cuando los entrevistadores indujeron el tema del aborto incompleto como causa para la mortalidad materna, se observaron las siguientes respuestas:

²⁵ Las personas que enfatizan el aborto como causa para la mortalidad materna son especialmente las mujeres menores de 40 años y solteras.



Cochabamba y en Sucre.

Para el 85% de los/as entrevistados/as el aborto es una causa muy frecuente o frecuente para la mortalidad materna en su ciudad.

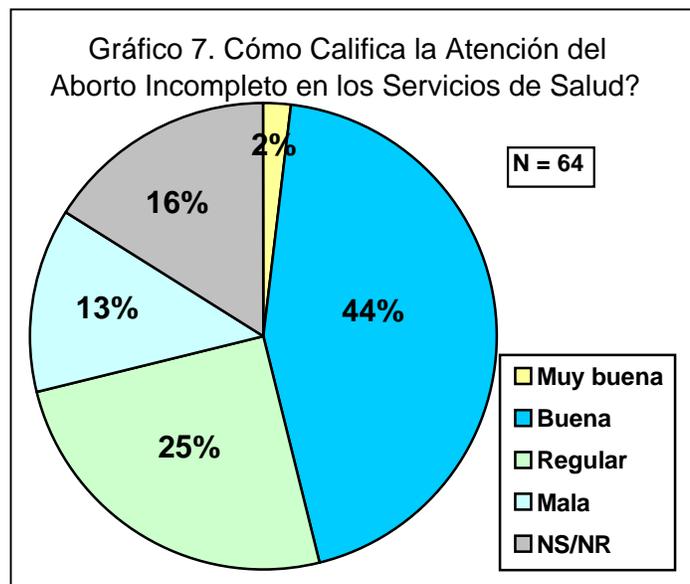
Las personas que afirman que el aborto incompleto es una causa “muy frecuente” son sobre todo las autoridades nacionales y de los servicios de salud, los varones y los que viven en La Paz. Las que afirman que el aborto incompleto es una causa frecuente son las mismas que en el Gráfico 5 se refirieron espontáneamente al aborto como causa de mortalidad materna: mujeres menores de 40 años, solteras, en

2.2.3. Atención del Aborto Incompleto en los Servicios de Salud.

Según el Gráfico 7, el 46% de los/as entrevistados/as califica la atención del aborto incompleto en los servicios de salud del Estado como “muy buena” (2%) o “buena” (44%)²⁶.

Estos son los argumentos para evaluar como buena o muy buena la atención del aborto incompleto en los servicios del Estado:

- “Ya no se la considera tan delincuente a la pareja ... ya no es un delito, ya no se les hostiga ese era el temor de la pareja. La atención ahora es más rápida” (Médico, servicio público, 53 años, varón, La Paz).
- “Atiende gente capaz” (Médico, caja de salud, 52 años, varón, Cochabamba).
- “Sobre todo en la Caja la atención es buena porque la gente está asegurada y también porque en la caja la afluencia de la gente no es tanto como en el hospital



²⁶

Estas personas son varones mayores de 50 años y que viven en Sucre.

Percy Boland (del servicio público)” (Enfermera, caja de salud, 38 años, Santa Cruz).

- “Son seres humanos y se les atiende” (Enfermera, servicio público, 44 años, Sucre).

Son tres los motivos por los cuales estos/as entrevistados/as califican la atención como buena:

- Primero, porque los/as proveedores/as son capaces
- Segundo, porque el trato interpersonal es bueno y “humano”.
- Tercero, porque la atención es rápida

El 37% de los/as entrevistados/as califica la atención del aborto incompleto en los servicios públicos como regular o mala. Como veremos enseguida, la calificación de regular generalmente tiene connotaciones negativas. Los/as proveedores/as que expresan esta opinión son menores de 40 años, viven en La Paz y son autoridades de salud. Estos sus argumentos:

- “No hay médicos de guardia ni medicamentos. Hay pérdida de tiempo” (Médico, Caja de salud, 47 años, varón, Sucre).
- “Si fuera buena, no habría complicaciones y no sería una causa de muerte” (Enfermera, servicio público, 30 años, mujer, Cochabamba).
- “Faltan los recursos tecnológicos, económicos y de infraestructura” (Médico, Caja de salud, 48 años, varón).
- “Porque el trato es malo, estigmatizan a la mujer, no le quieren atender. El trato es muy inadecuado y esto va desde el personal de la limpieza hasta el director del centro hospitalario, justamente por el hecho de que la mujer viene con el aborto incompleto” (Autoridad, 44 años, varón).

Son dos los elementos que se esgrimen para calificar de mala la atención del aborto incompleto:

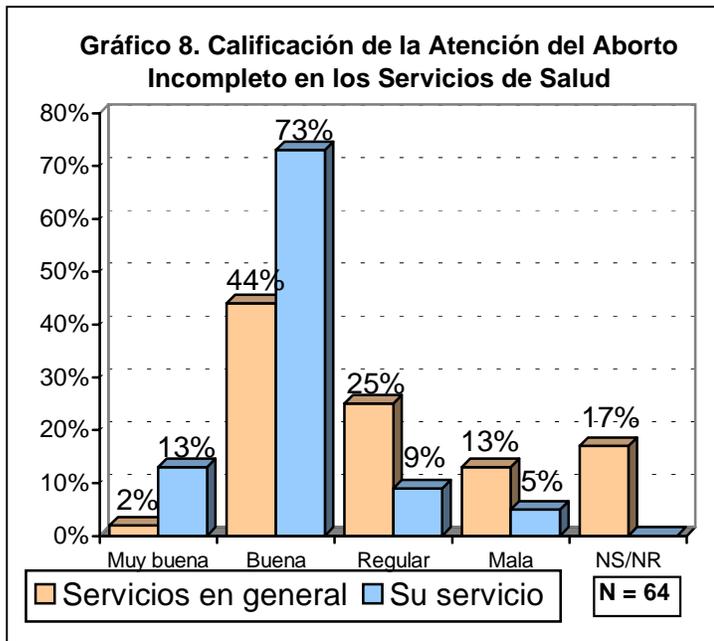
- La ausencia de insumos e infraestructura
- El mal trato a la usuaria

En estos argumentos, la capacidad del proveedor no está puesta en tela de juicio; este no es el problema. Se trata de prejuicios de la población, de actitudes y de falta de condiciones adecuadas de trabajo.

Es importante destacar que el segmento más sensible a la problemática del aborto como causa para la mortalidad materna (mujeres), prefiere guardar silencio ante la pregunta de la calidad de atención del aborto incompleto en los servicios del Estado: si a nivel de todos/as los/as entrevistados/as el 16% no respondió a la pregunta (Gráfico 7), este porcentaje sube al 32% entre las mujeres.

2.2.4. Atención del Aborto Incompleto en los Propios Servicios de Salud.

Una vez conocidas las opiniones de los/as proveedores/as respecto de la atención del aborto incompleto a nivel de la generalidad de los servicios de salud, se quiso conocer sus impresiones sobre la atención del aborto incompleto en sus propios servicios de salud.



Si se compara la calificación de la atención del aborto incompleto en los servicios de salud del Estado en general, y en el propio servicio de salud (Gráfico 8), se observa que una calificación más positiva hacia el propio servicio: el 86% de los/as entrevistados/as cree que en su servicio la atención es buena o muy buena; mientras que apenas el 14% cree que la atención es regular o mala.

Los razonamientos esgrimidos para calificar de buena o mala la atención del aborto incompleto en los servicios públicos en general, se vuelven a repetir en este caso.

El Gráfico 8 muestra que aproximadamente un 40% de los/as entrevistados/as cree que la atención en los servicios en general es mala, regular o no quiere opinar; pero que, al mismo tiempo, afirman que en su servicio de salud la atención del aborto incompleto es buena o muy buena.

Esta inclinación se puede deber a una natural tendencia a identificarse con el centro de trabajo, y a un conocimiento más cercano de las limitaciones para atender el aborto incompleto; en estos casos, la persona suele asumir una actitud menos crítica y más comprensiva con el trabajo: “Se hace el esfuerzo necesario a pesar de las limitaciones”.

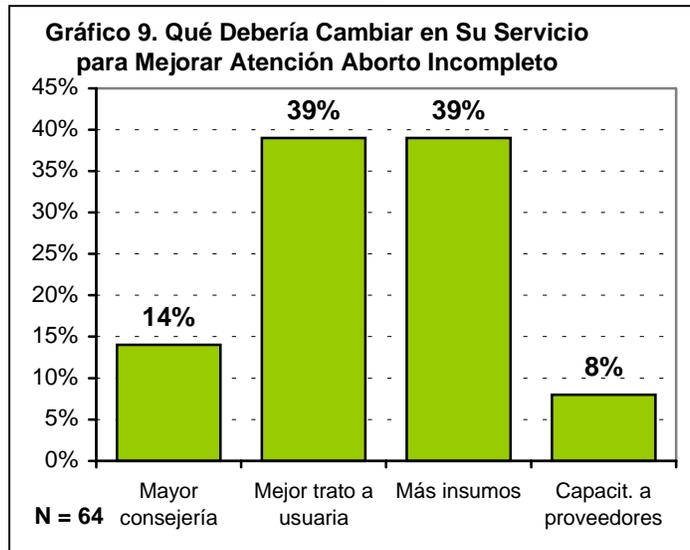
2.2.5. Aspectos que Deberían Mejorar en la Atención del Aborto Incompleto.

Son dos los aspectos que los/as entrevistados/as toman en cuenta para mejorar la atención del aborto incompleto en su servicio de salud:

- Mejor trato a la usuaria
- Más insumos

Los que hacen énfasis en mejorar el trato personal a la usuaria son básicamente menores de 40 años, mujeres y que viven en Santa Cruz. Estas personas expresan que:

- “Hay que mejorar la calidad de la atención en la parte del trato, que sea más



humanitaria y cortés, sin discriminación. Hay que mejorar el trato a la gente que llega con este problema” (Autoridad, 42 años, mujer).

- “Se necesita mejorar el trato humano a la paciente; hay que mejorar la buena voluntad de los médicos y las enfermeras para mejorar el trato humano” (Enfermera, Caja de salud, 39 años, Santa Cruz).
- “Inmediata atención del problema, trato adecuado por parte de los proveedores; por sus prejuicios, la sociedad culpa a las mujeres que recurren al aborto” (Médico, Caja de salud, 45 años, mujer, La Paz).

El concepto de una adecuada atención y trato personal a la usuaria involucra los siguientes aspectos:

- Rapidez y eficiencia en la atención
- Trato amable y no discriminatorio
- Vencer los propios prejuicios que la sociedad impone a los/as proveedores/as y que les impulsa a culpar a la usuaria “por su decisión de abortar”

Como se puede apreciar en las frases anteriores, el concepto que articula las preocupaciones es la no discriminación con la mujer que acude con un aborto incompleto.

Los/as que enfatizan un mejor equipamiento para mejorar la atención del aborto incompleto son las personas de mediana edad (entre 40 a 50 años), de Cochabamba y las enfermeras en general:

- “Mayor infraestructura, mayor equipamiento e insumos, porque recursos humanos tenemos suficientes” (Médico, servicio público, 46 años, varón, La Paz).
- “Necesitamos infraestructura hospitalaria, recurso tecnológicos, suministro de personal y medicamentos” (Médico, Caja de salud, 48 años, varón, Cochabamba).
- “Aumento de personal especializado y enfermeras licenciadas porque, imagínese yo sola atiendo a 42 pacientes post-operados por cesárea y parto. Falta la ropa para cambiar a los pacientes. Hay que habilitar más piezas porque hay demanda de pacientes ya que tenemos que sacar a un paciente rápido para colocar a otra; ni diez minutos pasa siquiera y ya se coloca otra” (Enfermera, servicio público, 38 años, Santa Cruz).
- “Tener todo el material e instrumental necesario para una atención buena al paciente. Necesitamos un aumento de personal porque tenemos mucho trabajo. A veces los pacientes exigen y no podemos atenderlos como ellos quisieran” (Enfermera, servicio público, 50 años, mujer, La Paz).

En este tema se observan diferentes demandas según el rol del/a entrevistado/a: los médicos hacen más énfasis en insumos, medicamentos y eventualmente en infraestructura. En cambio, las enfermeras demandan personal de apoyo para atender a varias usuarias; esta percepción es particularmente importante entre enfermeras del servicio público.

2.3. CONOCIMIENTO Y ACTITUDES FRENTE AL AMEU

En los anteriores acápite se pudieron apreciar los siguientes elementos:

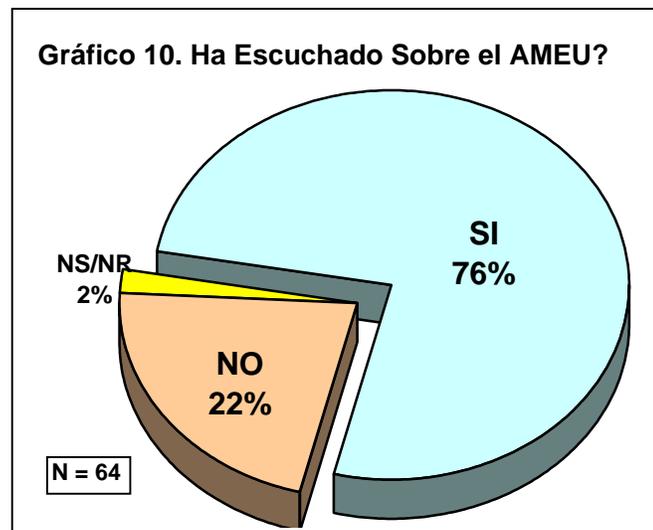
- Existe una estrecha relación entre salud reproductiva y métodos anticonceptivos.
- A partir de esta relación se tiende a asociar tecnologías con procesos de enseñanza/consejería para que la población adopte estos métodos anticonceptivos.
- El aborto no es un factor que espontáneamente se tome en cuenta para explicar la mortalidad materna en nuestro medio. Sin embargo, cuando se induce el tema es un factor que preocupa a los/as entrevistados/as.
- A pesar de la tendencia de autoridades y proveedores/as de ver los problemas que dificultan una mejor calidad de atención en salud reproductiva más en la población o las condiciones de trabajo, que en ellos/as mismos/as, los/as entrevistados/as están dispuestos/as a mejorar algunas de sus pautas de relación personal con las usuarias con aborto incompleto.

Es en este contexto que los/as entrevistados/as expresan sus conocimientos, actitudes y opiniones frente al método de Aspiración Manual Endouterina (AMEU).

2.3.1. Manejo de Información Sobre el AMEU.

Tres de cada cuatro entrevistados/as han escuchado sobre el AMEU. Estas personas son sobre todo médicos menores de 50 años que viven en la ciudad de La Paz.

Algunos de estos/as entrevistados/as han tenido contacto incluso con el instrumental AMEU: “No sólo he escuchado, sino que lo tengo. Es un instrumental que hace cinco años fue introducido en el hospital, incluso se ha hecho ya un estudio piloto. Para mí no es una nueva tecnología” (Médico, Caja de salud, 36 años, varón, La Paz).



En este sentido, para la mayoría de los/as entrevistados/as (49 personas) el AMEU no es una tecnología extraña y desconocida. Como se verá más adelante, este conocimiento previo del AMEU es un factor importante para una predisposición positiva a participar en un programa piloto.

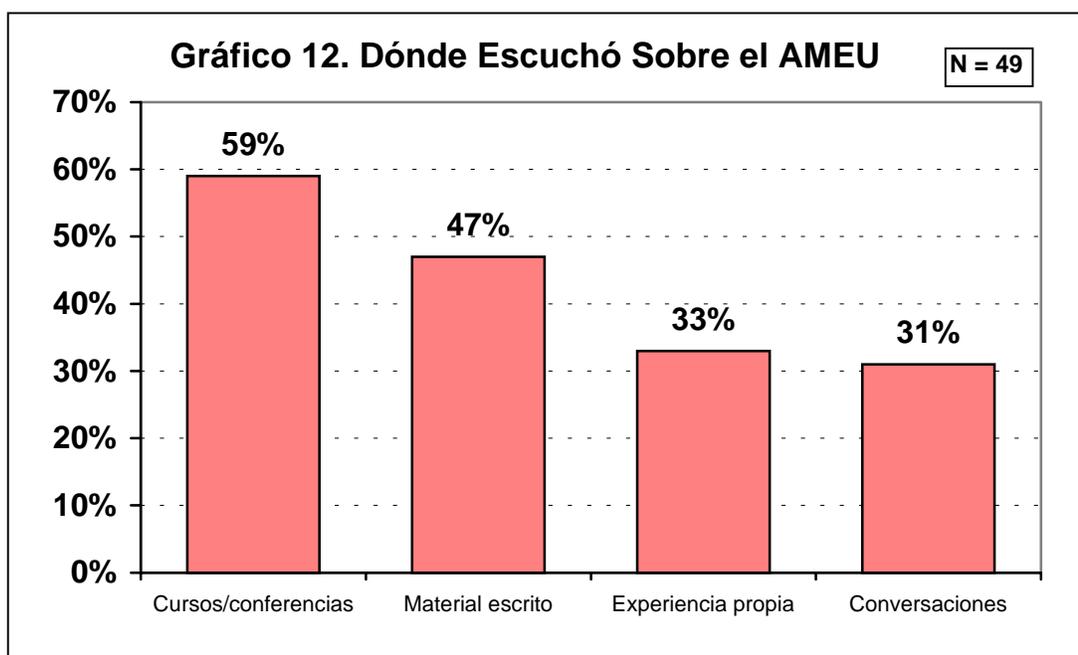
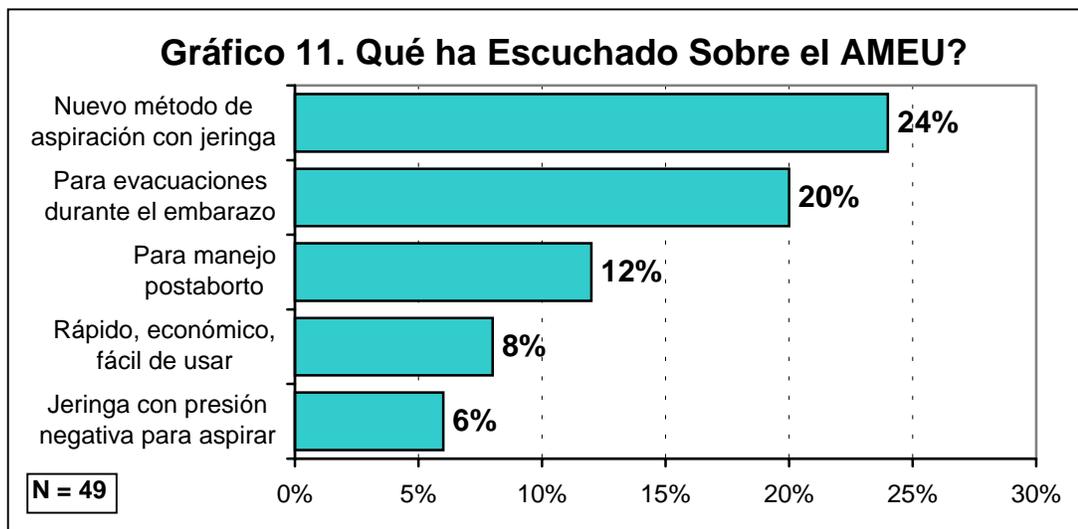
El segmento que demostró menor conocimiento sobre el AMEU es el de las enfermeras: de las 20 enfermeras entrevistadas, sólo el 55% escuchó sobre el AMEU.

Como se observa en el Gráfico 11, quienes han escuchado algo sobre el AMEU relacionan este método a sus cualidades técnicas (jeringa, presión negativa), a sus diferentes aplicaciones (evacuaciones, manejo postaborto) y finalmente a sus ventajas en comparación con otros métodos (rápido, fácil, económico).

Este tipo de razonamientos parecen demostrar cierto conocimiento que va más allá del sólo hecho de haber escuchado esporádicamente sobre el AMEU.

Sin embargo, estos/as entrevistados/as hacen un énfasis unilateral en las ventajas que presenta el instrumento. Dejan de lado todo el proceso que acompaña el uso del mismo, como el manejo del dolor por ejemplo. La técnica AMEU no es sólo el instrumento, sino el conjunto de pasos que se siguen en su aplicación.

2.3.2. Fuentes de Información.



Los mecanismos por los cuales los/as entrevistados/as acceden al conocimiento del AMEU son más bien formales: cursos y conferencias, junto con material escrito.

2.3.3. Actitudes Ante la Introducción del AMEU en Bolivia.

Una vez que los entrevistadores leyeron un resumen del AMEU, se preguntó a todos los/as entrevistados/as si estarían o no de acuerdo con la introducción de esta tecnología en nuestro país. Como se observa en el Gráfico 13, nueve de cada diez entrevistados/as (57 personas) están de acuerdo con la introducción del AMEU.

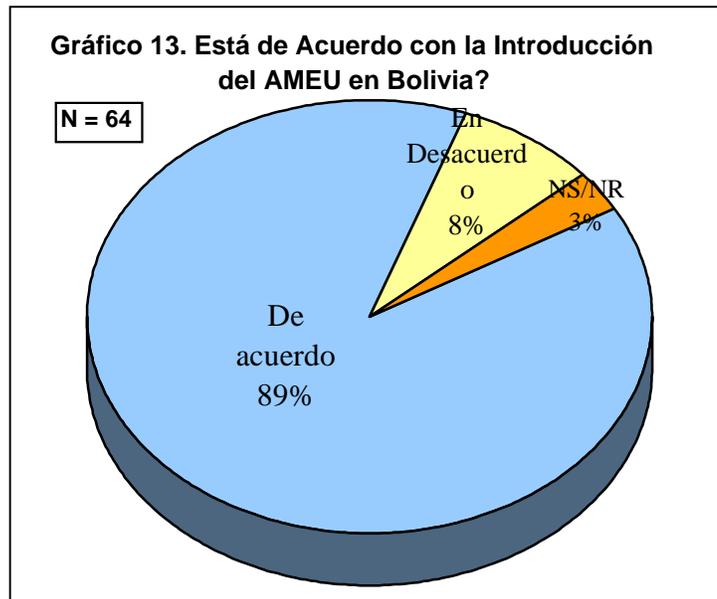
Las razones aducidas para aceptar el AMEU son las siguientes:

- “Es una alternativa buena y efectiva, hace años debería introducirse este método para resolver los problemas que se presentan por aborto incompleto” (Autoridad, 50 años, varón).
- “Disminuye costos y mejora la seguridad de la paciente” (Enfermera, servicio público, 30 años, Cochabamba).
- “Reduce costos y es más seguro, es mejor una nueva tecnología que una tradicional” (Médico, servicio público, 45 años, varón, Sucre).
- “Incluso lo más antes posible, siendo que es un método recomendado por la OMS nosotros debemos tenerlo ya” (Médico, Caja de salud, 49 años, varón, Santa Cruz).

Como se puede advertir en las frases precedentes, existen diversos motivos para aceptar el AMEU en Bolivia. Desde la necesidad de facilitar el trabajo para el proveedor, hasta la valoración de un método más seguro para la usuaria, pasando por el interés de tener una tecnología “recomendada por la OMS”.

Todas estas motivaciones convergen en la convicción de que el AMEU es una tecnología **EFFECTIVA**. Es el concepto de efectividad lo que motiva a los proveedores de salud a aceptarlo:

- En este contexto, efectividad quiere decir en primer lugar un método que garantiza los resultados que se buscan en la usuaria: “Es una forma de prevenir complicaciones del aborto... evita que mueran por esos problemas (Autoridad departamental, 45 años, varón).
- Efectividad quiere decir también un ahorro de dinero, energía y una disminución de riesgos. Todo ello apunta a mejorar las condiciones de trabajo del/a



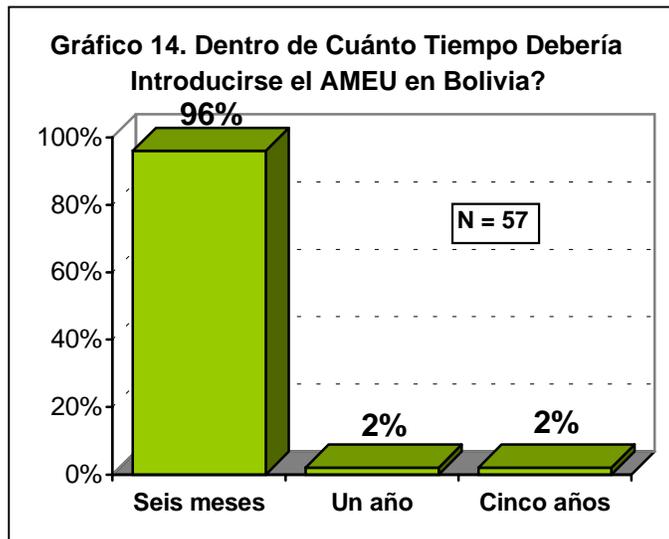
proveedor/a: “Libera de muchos factores de complicación y es inmediato; ahorraría muchos gastos al hospital” (Médico, Caja de salud, 47 años, varón, Sucre).

- Finalmente, el concepto de efectividad está asociado al de seguridad para la usuaria: “Se evitaría que con el legrado le raspen (a la paciente) mucho el endometrio. Se evitaría la esterilidad y las amenorreas por la unión con el útero” (Enfermera, servicio público, 40 años, Cochabamba)²⁷.

El concepto de efectividad une tanto los intereses del/a proveedor/a (simplificar y asegurar el procedimiento), de la usuaria (menos gasto y más seguridad) y de la institución hospitalaria (menos gastos).

De las cinco personas que manifestaron su desacuerdo con la introducción del AMEU:

- Una afirmó que esta tecnología ya se introdujo, que ya se utiliza y que, por tanto, no se requiere de otra introducción; en realidad se trata de un apoyo al uso de la tecnología en el país.
- Otra dijo que habría que estudiar más.
- Por tanto, sólo tres de sesenta y cuatro entrevistados/as manifestaron su rechazo abierto a la introducción del AMEU por el temor a que este método sea usado para provocar abortos. Estos proveedores eran mayores de 50 años.



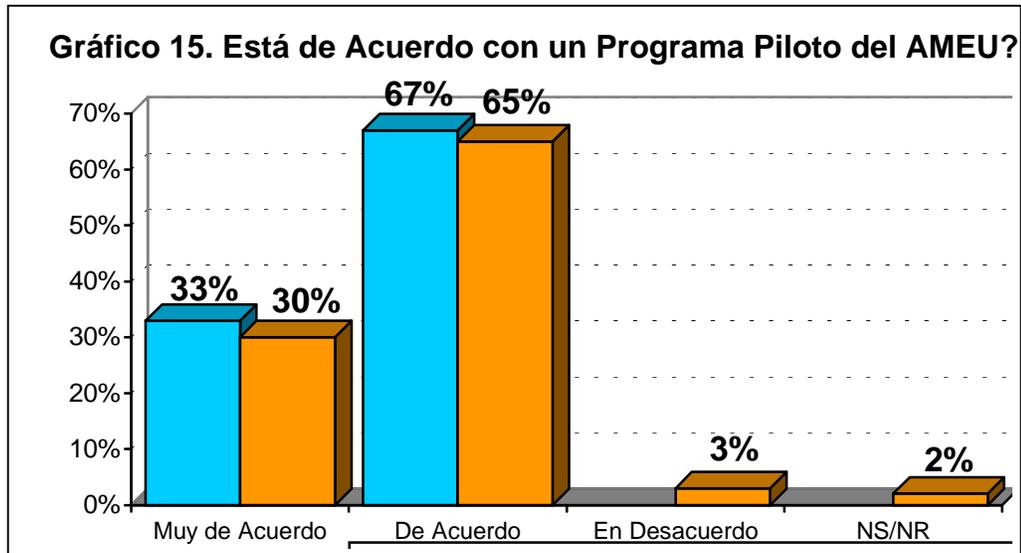
De las 57 personas que manifestaron su acuerdo con la introducción del AMEU en Bolivia, el 98% afirma que esta tecnología debe introducirse en los próximos seis meses (Gráfico 14). Estos/as entrevistados/as afirman que urge la introducción de la tecnología AMEU a fin de evitar más complicaciones en la atención del aborto incompleto.

2.3.4. Actitudes Ante la Posibilidad de Participar en un Programa Piloto.

Como se observa en el Gráfico 15, casi la totalidad de los/as que están de acuerdo en que se introduzca la tecnología AMEU están de acuerdo o muy de acuerdo no sólo en que se implemente un programa piloto en sus servicios de salud, sino en participar ellos mismos en un eventual programa piloto.

²⁷ Como se ha visto a lo largo de todo el informe, las mujeres, particularmente las enfermeras, generalmente razonan desde la perspectiva de la usuaria. Esto diferencia su razonamiento del de los médicos, que asumen plenamente su rol de proveedores.

Es importante destacar que uno de los segmentos que demuestra mayor apertura a un eventual programa piloto en los servicios de salud es precisamente el de las autoridades nacionales y departamentales que fueron entrevistadas.



Las razones esgrimidas por estos entrevistados para participar en un eventual programa piloto son idénticas a las que se analizaron sobre la aceptación de la tecnología AMEU en nuestro país. Es decir, la mayoría de los/as entrevistados/as está dispuesta a participar en un programa piloto porque entiende que:

-
- Esta tecnología simplificará su labor,
- Disminuirá los riesgos de la usuaria y
- Hará más eficiente el uso de los recursos institucionales del hospital.

En suma, una nueva tecnología como el AMEU significa para la mayoría de los/as entrevistados/as una ventaja común para todos los actores que intervienen en la atención del aborto incompleto.

2.3.5. Recomendaciones para el Uso Correcto del AMEU.

Se solicitó a los/as entrevistados/as algunas recomendaciones para un uso adecuado de la tecnología AMEU. Estas fueron sus respuestas:

- Que esta tecnología sea utilizada por personal capacitado (27%)
- Que se use como método alternativo y no como sustituto de los tradicionalmente empleados para la atención del aborto incompleto (14%).
- Que no se use para provocar abortos (14%).
- Que se provea de todo el instrumental necesario para aplicar en buenas condiciones la tecnología AMEU (8%)
- Que se haga un seguimiento de la aplicación del AMEU (8%).

Como se puede apreciar por estas respuestas, las principales preocupaciones asociadas al uso del AMEU se refieren a una adecuada capacitación en el uso de la tecnología, junto con la necesaria provisión de insumos que garanticen la correcta aplicación de la misma.

2

Conclusiones

1. Se ha identificado una importante apertura por parte de las autoridades y proveedores/as de salud a la introducción de la tecnología AMEU en nuestro país. Esta apertura no parece basarse en primer lugar en una amplia experiencia en el uso de nuevas tecnologías en salud reproductiva, ni en el énfasis espontáneo del aborto incompleto como causa de mortalidad materna.

Esta gran predisposición a utilizar el AMEU se basa más bien en la inclinación a aceptar cualquier procedimiento que signifique aliviar un poco la carga diaria de trabajo.

El interés básico de la mayoría de los/as entrevistados/as reside en hacer más eficiente su trabajo con el AMEU:

- Simplificando y facilitando sus procedimientos de atención a casos de aborto incompleto,
- Asegurando a la usuaria un tratamiento poco riesgoso, rápido y seguro,
- Y optimizando el uso de insumos y recursos de los centros hospitalarios.

Es necesario tomar en cuenta estos tres puntos como elementos que puedan reforzar aún más la predisposición de los/as proveedores/as de salud y de las autoridades del área para incorporar la tecnología AMEU.

2. Dos son los segmentos que han demostrado mayor predisposición a utilizar nuevas tecnologías en vistas de mejorar su atención a las usuarias:
 - Los proveedores de salud menores a los 40 años, especialmente en La Paz y Santa Cruz. Estas personas asumen generalmente posiciones de autocrítica a su labor, y están predispuestas no sólo a asumir nuevas tecnologías, sino a cambiar sus procedimientos de atención a la usuaria. En este segmento, los médicos varones están interesados en aprender nuevas tecnologías que impliquen estar “al día” en tratamientos innovadores.
 - Otro segmento importante está compuesto por las mujeres, tanto enfermeras, médicos y autoridades. A lo largo del presente estudio se ha observado que estas proveedoras tienen la tendencia a evaluar su trabajo y la calidad de atención de sus servicios, desde el punto de vista de las usuarias. En la lógica de sus razonamientos, el bienestar de la usuaria y su seguridad juegan un rol muy importante.

Este segmento puede ayudar a enmarcar el uso de la tecnología AMEU en un contexto más humano y cálido.

3. Un importante factor que coadyuva a la gran apertura a la tecnología AMEU, es que la misma es conocida por varios entrevistados, especialmente médicos de mediana edad que han escuchado sobre esta tecnología en conferencias, foros y a través de material escrito. Esta relativa familiaridad con la tecnología como base para una actitud positiva hacia la misma, debe ser aprovechada adecuadamente en los procesos de presentación e implementación de una experiencia piloto con la tecnología AMEU.
4. Este estudio ha demostrado también que las autoridades nacionales, distritales y varios directores de hospitales están plenamente convencidos no sólo de la necesidad de introducir el AMEU, sino de la urgencia de que esta tecnología sea usada en la atención de abortos incompletos.

Aunque es probable que la mayor parte de estas autoridades no esté en funciones de decisión política, el que estén predispuestas a aceptar un programa piloto del AMEU es un importante argumento que puede ser presentado y remarcado ante los operadores políticos en el área de la salud.

5. Finalmente es necesario tomar en cuenta que en el área de la consejería sobre métodos anticonceptivos, los/as proveedores/as asumen una actitud que tiende a culpabilizar a la población por los eventuales fracasos que puedan presentarse en el proceso educativo. Sin embargo, cuando salen del marco de la anticoncepción, e ingresan en terrenos en los que los procedimientos técnicos son muy relevantes (como en el caso de la atención del aborto incompleto), esta actitud de culpabilizar a la población es matizada.

Se ha observado en varios casos que, respecto de la calidad de atención del aborto incompleto, los/as proveedores/as están dispuestos a reconocer también que ellos están fallando en la relación interpersonal, en la capacidad resolutive y en la permanente capacitación y formación profesional.

Esta predisposición puede ser un importante factor que coadyuve a la implementación de un programa piloto con la tecnología AMEU.

INDICE DE GRAFICOS

	Pág.
Gráfico 1 Ha utilizado alguna nueva tecnología en salud reproductiva?	13
Gráfico 2 Qué nuevas tecnologías ha utilizado?	14
Gráfico 3 Beneficios de la introducción de nuevas tecnologías	15
Gráfico 4 Cuál es el mejor lugar para introducir nuevas tecnologías?	19
Gráfico 5 Causas percibidas para la elevada mortalidad materna en Bolivia... .	21
Gráfico 6 El aborto es una causa frecuente o no frecuente para la mortalidad materna en su ciudad?	22
Gráfico 7 Cómo califica la atención del aborto incompleto en los servicios de salud?	23
Gráfico 8 Calificación de la atención del aborto incompleto en los servicios de salud	25
Gráfico 9 Qué debería cambiar en su servicio para mejorar la atención del aborto incompleto?	26
Gráfico 10 Ha escuchado sobre AMEU?	29
Gráfico 11 Qué ha escuchado sobre el AMEU?	29
Gráfico 12 Dónde escuchó sobre el AMEU?	30
Gráfico 13 Está de acuerdo con la introducción del AMEU en Bolivia?	31
Gráfico 14 Dentro de cuánto tiempo debería introducirse el AMEU en Bolivia?..	33
Gráfico 15 Está de acuerdo con un programa piloto del AMEU	33

ANEXO

CUESTIONARIO

BOLETA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA IPAS

Ciudad _____ No de Entrevista _____ Hra Inicio Entrevista _____

Buenos días/tardes Mi nombre es _____ y trabajo para la organizacion IPAS que se dedica a realizar estudios sobre salud reproductiva en coordinacion con el Ministerio de Salud En este momento estamos realizando una encuesta para saber la opinión de los profesionales que trabajan en salud reproductiva sobre sus necesidades en capacitacion, introducción de nuevas tecnologías, apoyo institucional en su labor etc Esta es una entrevista anonima, de modo que su nombre no figurara en la boleta y las opiniones que usted emita no implican ningun compromiso posterior Su participacion es totalmente voluntaria y si usted no quiere responder alguna pregunta esta en todo el derecho de no hacerlo

Le gustaria participar?

- 1) Si (Continuar con la entrevista)
- 2) No (Terminar la Entrevista agradeciendole)

1 Como usted sabe, la salud reproductiva comprende la atencion pre y post natal, parto, planificacion familiar, ETS's, complicaciones en el aborto infertilidad Ha utilizado usted alguna nueva tecnologia en salud reproductiva?

1) Si (Continuar con la P 2)

2) No

3) NS/NR (Saltar a la P 3)

2 Que nuevas tecnologías ha utilizado en salud reproductiva? (Varias Opciones)

3 De acuerdo con su opinion, la introduccion de nuevas tecnologías en el area de salud reproductiva en los servicios de salud del Estado, ha traído o no ha traído beneficios en este campo?

1) Si ----- Podria mencionar hasta tres beneficios?

1) _____

2) _____

3) _____

2) No ----- Por que cree que no ha traído beneficios?

3) NS/NR

4 Según su opinión, los proveedores de salud de nuestro país enfrentan o no enfrentan problemas en la introducción de nuevas tecnologías en salud reproductiva en los servicios del Estado?

1) Si ----- Me podría mencionar hasta tres de estos problemas?

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

 2) No 3) NS/NR ----- (Saltar a la P. 6)

5 Dónde se presentan problemas para introducir nuevas tecnologías en salud reproductiva en los servicios del Estado? (Mostrar Tarjeta 1 Leer opciones Varias opciones)

- 1) Autoridades de salud del Gobierno Central 6) Enfermeras en general
- 2) Autoridades de salud de la Prefectura 7) En la comunidad/población en general
- 3) Autoridades de salud del Municipio 8) En las familias y parejas
- 4) Personal administrativo y autoridades de este servicio de salud 9) Otro _____
- 5) Médicos en general 10) NS/NR

6 Según su opinión, cuáles de los siguientes ámbitos son los más adecuados para introducir nuevas tecnologías en salud reproductiva? (Leer rotando. Varias Opciones)

6.1. Ámbitos	6.2. Por qué?
1) Facultad de medicina	
2) Hospital Público	
3) Hospital/clínica privada	
4) ONG	
5) Otro (Especificar)	
6) NS/NR	

7 Pasando a otro tema, como usted sabe, el Estado tiene un plan de reducción acelerada de la morbi/mortalidad materno infantil. Cómo evalúa usted la aplicación de este plan? Como "Muy buena", "Buena", "Mala" o "Muy Mala"?

- 1) Muy buena 2) Buena 3) Mala 4) Muy mala 5) Regular (Op.) 6) NS/NR

8 Como usted sabe, nuestro país se caracteriza por tener una elevada tasa de morbi/mortalidad materna. Podría mencionar algunas razones que según su opinión son las principales causas para esta elevada tasa? (Varias opciones)

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____

9 De acuerdo con su experiencia, el aborto incompleto es una causa "muy frecuente", "frecuente", "poco frecuente" o "muy poco frecuente" para la morbi/mortalidad de las mujeres en esta ciudad?

- 1) Muy frecuente 2) Frecuente 3) Poco frecuente 4) Muy poco frecuente 5) NS/NR

10 (Autoridades. Sólo leer desde***) Ahora voy a preguntarle sobre la atención del aborto incompleto en dos niveles primero a nivel general en los servicios del Estado y de la Caja Nacional de Salud, y después específicamente en este su servicio de salud (***) A nivel de la generalidad de los servicios del Estado y de la Caja Nacional de Salud, como califica usted la atención del aborto incompleto? Como "muy buena", "buena", "mala" o "muy mala"?

- | | | |
|--------------|-------------|------------------|
| 1) Muy buena | 3) Mala | 5) Regular (Vol) |
| 2) Buena | 4) Muy mala | 6) NS/NR |

Por que? _____

11 (Proveedores): Específicamente en su servicio de salud, cómo califica usted la atención del aborto incompleto? Como "muy buena", "buena", "mala" o "muy mala"?

(Autoridades): Específicamente en los servicios de salud a su cargo, como califica la atención del aborto incompleto? Como "muy buena", "buena", "mala" o "muy mala"?

- | | | |
|--------------|-------------|------------------|
| 1) Muy buena | 3) Mala | 5) Regular (Vol) |
| 2) Buena | 4) Muy mala | 6) NS/NR |

Por qué? _____

12 (Proveedores). Podría mencionar hasta tres cosas que deberían mejorar en la atención del aborto incompleto en su servicio de salud?

(Autoridades): Podría mencionar hasta tres cosas que deberían mejorar en la atención del aborto incompleto en los servicios de salud a su cargo?

- 1) _____

- 2) _____

- 3) _____

- 4) NS/NR

13 Ha escuchado hablar sobre la Aspiracion Manual Endouterina (AMEU) para tratar abortos incompletos?

- 1) Si ----- Que ha escuchado sobre este metodo? _____

_____ (Seguir con la P 14)

- 2) No _____
- 3) NS/NR → (Saltar a la P 15)

14 A traves de qué medios escucho sobre esta tecnologia? (Leer rotando. Varias opciones)

- 1) Material escrito como revistas, folletos
- 2) En cursos y conferencias
- 3) A traves de conversaciones informales
- 4) Por experiencia propia
- 5) Otro _____

15 Quisiera leer para usted un breve resumen de esta tecnologia (Leer el resumen del AMEU) Estaria usted de acuerdo con la introducción de la tecnologia AMEU para el tratamiento de mujeres hospitalizadas por aborto incompleto? (Si la respuesta es "si" preguntar) Dentro de cuánto tiempo debería introducirse el AMEU? en los proximos seis meses, en el próximo año o en los próximos cinco años?

- | | | |
|---------------------------------|--|-----------------------|
| 1) Seis meses | 4) No esta de acuerdo (Saltar a la P 18) | 5) NS/NR |
| 2) Un año (Seguir con la P. 16) | | (Seguir con la P. 18) |
| 3) Cinco años | | |

Por qué? _____

16 (Proveedores) Cuan de acuerdo estaria en que en este servicio de salud se utilice temporalmente el AMEU en un programa piloto, para ver si esta tecnologia se puede adaptar a nuestro pais? Usted estaria "Muy de acuerdo", "De acuerdo", "En desacuerdo" o "Muy en desacuerdo"?

(Autoridades). Cuan de acuerdo estaria en que en los servicios de salud a su cargo se utilice temporalmente el AMEU en un programa piloto, para ver si esta tecnologia se puede adaptar a nuestro país? Usted estaria "Muy de acuerdo", "De acuerdo", "En desacuerdo" o "Muy en desacuerdo"?

- 1) Muy de acuerdo
- 2) De acuerdo (Seguir con P 17)
-
- 3) En desacuerdo (Saltar a la P 18)
-
- 4) Muy en desacuerdo (Saltar a la P. 19)
-
- 5) NS/NR (Saltar a la P 18)

Por que? _____

16b (Sólo Autoridades y Directores de Hospitales) Si usted tuviera que tomar la decision de aceptar o no aceptar un programa piloto de uso del AMEU en su servicio de salud, consultaria esta decision con alguien o la tomaria solo?

- 1) Consultaria con alguien --- Con quien? _____
- 2) La tomaría sólo
- 3) NS/NR

17 Cuan de acuerdo estaria usted en participar en ese programa piloto? Usted estaria "Muy de acuerdo", "De acuerdo", "En desacuerdo" o "Muy en desacuerdo"?

- 1) Muy de acuerdo
- 2) De acuerdo
- 3) En desacuerdo
- 4) Muy en desacuerdo --- (Saltar a la P. 19)
- 5) NS/NR

Por qué? _____

18 Podría mencionar hasta tres recomendaciones para garantizar el uso adecuado del AMEU?

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) NS/NR

19 Usted estaría “muy interesado”, “mas o menos interesado” o “no estaria interesado” en recibir información adicional sobre la tecnologia AMEU?

- 1) Muy interesado
- 2) Mas o menos
- 3) No interesado
- 4) NS/NR

20 Tiene algun comentario que hacer sobre este tema?

VARIABLES INDEPENDIENTES.

Ahora quisiera hacerle algunas preguntas que nos ayudaran a realizar el analisis de la informacion
Gracias

21 Edad _____

22 Estado Civil

- 1) Casado/conviviente
- 2) Soltero
- 3) Separado/divorciado
- 4) Viudo

23 Ultimo grado académico alcanzado

- 1) Técnico
- 2) Universidad incompleta
- 3) Egresado/titulado
- 4) Especializado/Postgrado
- 5) Otro _____

24 Puesto actual

25 Posicion jerarquica del entrevistado

A. Ministerio de Salud	B. Caja Nacional de Salud
1) Autoridad Nacional	1) Autoridad Nacional
2) Autoridad Departamental	2) Autoridad Departamental
3) Autoridad de Hospital	3) Autoridad de Hospital
4) Proveedor de Salud	4) Proveedor de Salud

No Entrevista _____

26 No de años de trabajo en el establecimiento de salud _____

27 No de años de trabajo en el area de salud reproductiva _____

28 Participó en cursos sobre salud reproductiva en los últimos **dos años?** (Si "si" --- Cuántos)

- 1) Entre 1 y 2 3) Mas de 8 5) No realizo cursos
2) Entre 3 y 8 4) No se acuerda

29 Participo en cursos sobre atencion de aborto incompleto? (Si "si" --- Cuántos)

- 1) Entre 1 y 2 3) Más de 4 5) No realizó cursos
2) Entre 3 y 4 4) No se acuerda

30 (Por observación) Sexo 1) Varon 2) Mujer

Ficha de Identificación		
Nombre de la Institución		
Tipo de Institucion	A. Ministerio de Salud	B. Caja Nacional de Salud
	1) Instancia Administrativa 2) Hospital	1) Instancia Administrativa 2) Hospital
Grado de Especialización	1) Solo instancia admministrativa 2) Hospital especializado en gineco-obstetricia 3) Hospital general con departamento gineco-obstetrico 4) Hospital general sin departamento gineco-obstétrico	
Fecha de la entrevista		
Hora finalizacion entrevista		
Resultado	1) Completa 2) Incompleta	
Entrevistador		
Supervisor		
Firma Supervisor		

Observaciones _____

EXPLICACION AMEU

El instrumental de ASPIRACION MANUAL ENDOUTERINA (AMEU) es una tecnología para el tratamiento de las complicaciones del aborto durante el primer trimestre del embarazo. AMEU ha demostrado ser uno de los métodos más seguros y costo-efectivos y es recomendado por la Organización Mundial de la Salud para la atención del aborto incompleto y la toma de biopsia de endometrio desde el primer nivel de atención.